

09/10/196

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)**  
**सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)**



APPLICATION No.: **V/1019/0689** APPLICATION DATE: **14/10/19**  
 आवेदन संख्या: **V/1019/0689** आवेदन तिथि: **14/10/19**

NAME of APPLICANT: **Narain Singh** AGE-YEARS: **76** SEX: **M**  
 आवेदक का नाम: **Narain Singh** आयु-वर्ष: **76** लिंग: **M**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: **s/o Deepa**  
 पिता/कटुस्थ का नाम: **s/o Deepa**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: **Chhauri, Baldeo**  
 वर्तमान आवासीय पता: **Chhauri, Baldeo**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: **Distt- Mathura, U.P. 281301**  
 स्थायी आवासीय पता: **Distt- Mathura, U.P. 281301**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: **Same as above**  
 स्थायी आवासीय पता: **Same as above**



Preop Post op  
**(0689) Narain Singh**

OCCUPATION: **Retired** MARRIED (वियहित) / UNMARRIED (अवियहित)  
 व्यवसाय: **Retired**  MARRIED (वियहित) /  UNMARRIED (अवियहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: **18000/-** (Attach Proof of Income) **NA**  
 कुल वार्षिक आय: **18000/-** (आय का सत्य संलग्न) **NA**

PAN No. **XXXXXX**

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): **Yes / No**  
 क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगावे): **हाँ / नहीं**

FAMILY DETAILS परिवार विवरण				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
 सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें।)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें।)	Ration Card (Attach Copy) उपभोगता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें।)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
 सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	<b>RE - APHIBKEA</b>
	<b>LE - IMSC</b>
	<b>Surgery - (12) SITS FOL</b>

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
 इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लिये गई सहायता राशी
<b>1</b>	<b>SCEH</b>	

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदक द्वारा घोषणा यह:

- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance liable for rejection/cancellation.
  - 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance was requested by me.
  - 3) I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता मिलने की जा सकती है।
- 2) मैंने इस प्रपत्र में उल्लिखित उद्देश्य "कोशिका फाउन्डेशन" से जो मदद मांगी है, उसका उपयोग उल्लिखित उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में पत्र प्राप्त है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि भविष्य में मैं किसी भी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न तो रिफंड लेऊँगा और न ही पश्चात में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)**

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but not limited to verbal, print, electronic, for soliciting donations for Koshika Foundation and/or disseminating information about it's activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfilment of the "purpose" for which assistance is being requested.

2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके भ्रातृसभ" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रपत्र में उल्लिखित हैं, उसे "कोशिका" एफएम आरटी, एन, वाचनालय द्वारा उद्देश्य में जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी उचित माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के खर्च या मदद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से जारी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि उल्लिखित हैं उद्देश्य से प्रसारित हैं मुझे स्वतः सहायता या रकम नहीं मिलना। इस सम्बंध में "कोशिका" एफएम उसके भ्रातृसभ का निर्णय अंतिम और अविरोधकारी होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

नारायण

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा करार)**

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:


- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is not granted by Koshika Foundation, in part or in full, then the Hospital reserves it's right to make up the shortfall from another NGO or any other source. This confirmation essentially states that the Hospital will not avail any duplicate assistance for the same patient/case from any other NGO or any other source.
- 2) The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the patient, is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will assume sole & complete responsibility of the treatment & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हस्ताक्षर अधिकृत, हस्ताक्षर करने और से मामले/रोगी के "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य न स्वीकार करते हैं:

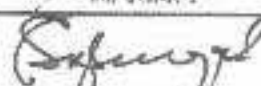
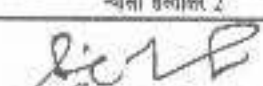
1) यह कि न तो वर्तमान और न ही पश्चात में वित्तीय सहायता किसी और सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए मांगी जा रही है, बल्कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उक्त से सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट/अस्वीकार हेतु मन्तव्य नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सारकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखा है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और सारकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थान से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्ताक्षर द्वारा की गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्ताक्षर करने वाले का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्ताक्षर में रोगी के इलाज सुझा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्ताक्षर करने वाले और "कोशिका" को कोई सुनिश्चित या किन्मेदारी इस मायने में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृती के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>15/10/19</p>	<p><b>Dr. PRIYA AGRAWAL</b> MCI No.-58417 Signature (Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छिद्र. न.</p>	<p>(Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी</p> 
--	--	--

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** अन्तर्गत उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1</p> 	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2</p> 
--	---