

- 019/10/0234

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : V/1019/0709 APPLICATION DATE : 15/10/19
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : Ramvati AGE-YEARS आयु-वर्ष : 62 SEX लिंग : F
आवेदक का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : N/A Jasmat
पिता/सहोदर का नाम



Bro of (0709) Ramvati
Sister of

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : Vidhwa - Beri
वर्तमान आवासीय पता

DIST - MATHURA, U.P. 281199

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : same as above
स्थायी आवासीय पता

OCCUPATION : House wife MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : NA (Attach Proof of income) NA
कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्वास्थ्य खाता संख्या

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

| FAMILY DETAILS परिवार विवरण | | | | |
|-----------------------------|--|-------------------------|-------------|--|
| Sr. No. क्रम संख्या | Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years) उम्र (वर्ष) | Gender लिंग | Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध |
| 1 | <u>Raghuwari Singh</u> | <u>69</u> | <u>M</u> | <u>Husband</u> |
| 2 | <u>Susandara</u> | <u>38</u> | <u>M</u> | <u>son</u> |
| 3 | <u>Rajy</u> | <u>39</u> | <u>M</u> | <u>son</u> |

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

| | | | |
|--|--|---|---|
| BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें) | EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें) | Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें) | Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य |
|--|--|---|---|

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

| Sr. No. क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |
|---------------------|--|
| | <u>RE - MSC</u> |
| | <u>LE - P.P.</u> |
| | <u>Surgery - (RE) SICK + JOL</u> |

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

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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, if applicable 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 सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में दिये गये हैं।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रपत्र को भेजा है, उस पर किसी भी प्रकार का प्रतिफल या सफल हिस्सा किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूंगा।

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 fulfillment 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 is this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायी, सच, सचवाक्य द्वारा वर्द्धन से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यायी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से घोषित है मुझे अनतः सहायता का हक्क नहीं बनता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यायीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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.

इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर को और से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी सहायता किसी और सहायता संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उस रोगी/रोगिणी से लेने का संकेत है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा करार हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/सफल हेतु मन्तव्य नहीं किया जाता है तो असफल किसी अन्य और सहायता संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखा है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि असफल सिफारिश पर उक्त रोगी/रोगिणी हेतु किसी और सहायता संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेना/लेनी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। ऐसी ही हस्पताल द्वारा की गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी/रोगिणी के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अपने कर्तव्य को पूरी जिम्मेदारी से ही हम हस्पताल को होंगे और "कोशिका" को कोई ज़िम्मेदारी इन मामलों में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

| | | |
|--|---|--|
| Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 16/09/19 | <p>DR. PRIYA AGRAWAL MCI No.-58417 Signature (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.</p> | <p>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) रोग व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी</p> |
|--|---|--|

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

| | |
|--|--|
| SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1 | SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2 |
| | |