

C19/1010192



APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखपाल)		
APPLICATION No. : आवेदन संख्या : C11019/0204		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 11.10.2019		
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम Bhushna Devi		AGE-YEARS आयु-वर्ष 46	SEX लिंग F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/पति का नाम Colo Mangaram				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता Village - Baulha Kawaith, Post Chilkaha Tahsil - U Sahayalpur, Uttar Pradesh 217231				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई निवासीय पता Ida above				
OCCUPATION : व्यवसाय Housewife		MARRIED (विधवा) / UNMARRIED (अविधवा)		
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय 54,000		(Attach Proof of Income) (आय का सबूत संलग्न) NA		
PAN No. स्थाई खाता संख्या MA				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न का निशान लगावे।) Yes/No हा/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)	Mangaram	51	M	Husband
(2)	Rishi	21	F	Daughter
(2)	Subhash	18	M	Son
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) उपभोजन कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत	
"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			
(1)	Diagnosis - RE IMSC LE IMSC			
(2)	Surgery - RE SICS + IOL			
ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED ती गई सहायता राशि		
(1)	SCEH			



**DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषण 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 any, 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी को अनुसरण साथ सच सही है। यदि कोई विवरण सच कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात का घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग किया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रयत्न नहीं किया है, न ही भविष्य में करूँगा, अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ही किया है और न ही भविष्य में करूँगा।

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

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 its 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 in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या मुद्रा के द्वारा, मैं (आवेदनक) अपनी सहमति को प्रकट करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके 'व्यक्तियों'" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रयोग कर सकें, इसके "कोशिका" द्वारा मुझे, मेरा, मेरा पता/चित्र इत्यादि में मुझे प्रचारित करने और जानकारी देने के लिये किसी भी माध्यम से इस्तेमाल करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रकरण का निवारण मेरी इलाज के पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" व "व्यक्तियों" को अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात में सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी माध्यम से प्रचारित करने के लिये मुझे सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा मुझे अधिकृत करने के लिये अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

आवेदनक के हस्ताक्षर या बाएँ तलुके का निशान

*Self* (Signature)  


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

- By affixing hereunder, signature of our Authorized 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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

- इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सार्वजनिक को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे इस (हस्पताल) निम्न प्रकार से धन व अधिकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी सार्वजनिक संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये मांगी जायेगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निरस्त/असहमत हेतु सहायता नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सार्वजनिक संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस मुद्रा के अन्तर्गत कहा जाता है कि हस्पताल वित्तिय मदद उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सार्वजनिक संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।
  - 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसीलिये हस्पताल में रोगी को इलाज सुरक्षित और जाने जाने की सभी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भी प्रकार का जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 11.10.2019	Dr. Monali Rathod Reg. No. 10-3021 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व टिकट नं.	VIVEK RANA Administrator (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory) Dr. Shroff's Clinic (on behalf of Hospital) डॉ. श्रोफ़ की क्लिनिक (हस्पताल के लिये)
--	---	--

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

SIGNATURE of TRUSTEE 1 यहाँ हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 यहाँ हस्ताक्षर 2 
---	--