

C/19/10/0242



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

APPLICATION No. 1 आवेदन संख्या : C/101910209 APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 14.10.2019

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम **Devi Singh** AGE-YEARS आयु-वर्ष 55 SEX लिंग M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/सहस्रिय का नाम **Shankar**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
 Village - Toda Post Shamli
 Tehsil - U Shamli Distt Shamli
 Uttar Pradesh 20178
 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता
As Above



Preop Postop
 Devi Singh 0209

OCCUPATION : व्यवसाय **Farmer** MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय **62,000** (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें) **N/A**

PAN No. स्थायी खाता संख्या **N/A**
 ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
 क्या आप आय कर दाता हैं? (को मान्य हो उस पर सही का निरुद्ध लखें) Yes / No 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 सम्बन्ध
(1)	Omprati	51	F	wife
(2)	Mohit Kumar	26	M	son
(3)	Saurabh Kumar	21	M	son
(4)	Saurabh	17	F	daughter

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

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश्मा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
 सहायता हेतु किसे पत्र लिखी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई इतिवेदन सूची संलग्न
(1)	Diagnosis - RE - IMSC LE - MSC
(2)	Surgery - LE SICS + IOL

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 ली गई सहायता राशि
(1)	SCEH	

DECLARATION by APPLICANT: (अर्सेक द्वा प्रकृत कर)

- 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 यथासक्त कहता हूँ कि इस प्रकृत में लिखे 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) मेरी प्रकृत में सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से ही जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकृत में पता लगा है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु अब प्रत्येक को नहीं हूँ, उस एजेंट का अधिकतम या सहायता विना किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।


AGREEMENT by APPLICANT (अर्सेक द्वा करण)

- 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 in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रकृत पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्सेक) अपनी सहायता को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकृत में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका" एवम् पत्रों, पत्र, साप्ताहिक पत्रों, उद्देश्य से मुझे गतिविधियों और उपलब्धियों के विषय में प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रकृत का विवरण मेरे इलाज को खर्च या करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्सेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों के प्राप्ति हेतु मुझे सहायता का इस्तेमाल की सकता है। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके भरोदारों का निर्णय अंतिम और बाधक नहीं होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्सेक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निरूपण



AGREEMENT by HOSPITAL (इलाज द्वा करण)

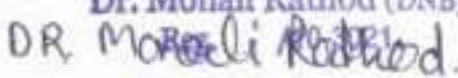
By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

- 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.

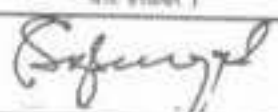
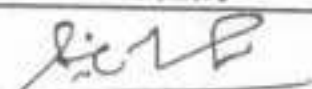
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी सहायता किसी के सहायता के बिना या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त नहीं होगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता/सिद्धि प्राप्त की है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विधि अधिकतम/सफल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वारा प्राप्त सहायता हेतु किसी के सहायता के बिना या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेना/प्राप्त होगा।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने वाली सहायता केवल वित्तीय प्रकृत की है। एजेंट पर अस्पताल द्वारा की गई सहायता या बिना अन्य उपचार/प्रक्रिया का सुचारु तरीके एवं अस्पताल को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसलिए अस्पताल में एजेंट को इलाज सुझा और अपने खर्च को पूरी जिम्मेदारी होगी एवं अस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई दायित्व या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 14.10.2019	Dr. Monali Rathod (DNB)  (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इलाजकर्ता का उज्ज्वल	VIVEK RANA Administrator  (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इलाजकर्ता अधिकृत अधिकारी
---	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोदार इलाजकर्ता 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोदार इलाजकर्ता 2 
---	--