

VAN-0976

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. : आवेदन संख्या : V1119/0784

APPLICATION DATE : अवेदन तिथि 12/11/19

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम Anokhi Devi

AGE-YEARS आयु-वर्ष 56

SEX लिंग F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुस्थ का नाम Totaram



PASTE PHOTO HERE

Preop Postop

(0784) Anokhi Devi

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान अवासीय पता

VIM+Pt-IMA

Distt- Hathras, D.P., 261304

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाय अवासीय पता

same as above

OCCUPATION : व्यवसाय Home Maker

MARRIED (विवाहित) ; UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय NA

(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न) NA

PAN No. स्वयं का आय संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (बो मान्य हो उस पर चर्ची का चिह्न लगावे)

Yes / No 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
1	<u>Rajni</u>	<u>56</u>	<u>M</u>	<u>Husband</u>
2	<u>Hemendra</u>	<u>31</u>	<u>M</u>	<u>Son</u>
3	<u>Hemveer</u>	<u>28</u>	<u>M</u>	<u>Son</u>
4	<u>Vishnu</u>	<u>24</u>	<u>M</u>	<u>Son</u>

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

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

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से चर्ची की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	<u>RE - IMSC</u>
	<u>LE - IMSC</u>
	<u>Surgery → <u>RE</u> SICS + IOL</u>

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता रशी
	<u>SCPM</u>	

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा कथन पर):


- 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 यथासंभव सच कह रहा हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच कथन अलग पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यथासंभव सच कह रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में मांग किया है।
- 3) मैं यथासंभव सच कह रहा हूँ कि मैं भविष्य में किसी भी प्रकार का अतिरिक्त या संकलन किया किसी अन्य स्रोत/निर्भर/बीमा कंपनी से न ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा करार):

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print/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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान लगाकर, मैं (अर्शक) यथासंभव सच एवं सही रूप में "कोशिका फाउंडेशन और उसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में घोषित करें, जो "कोशिका" प्रारूप, प्रिंट, या अन्य माध्यम द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को लाने के लिए किया जा सके।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए "कोशिका" प्रारूप, प्रिंट, या अन्य माध्यम से प्रसारित करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



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/condoned 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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर करने और से धारित/सिफारिश करने "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता देते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उम्मीद/आपत्ति में ली जा रही है, बल्कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश के लिए सहायता "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता हेतु सिफारिश की है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता सिफारिश/सिफारिश हेतु सहायता नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सहायता संस्थान या किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस प्राप्ति में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल सिफारिश/सिफारिश हेतु सिफारिश की जाती है।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता/सिफारिश प्रदान की जाती है, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में मांग किया है और "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता/सिफारिश प्रदान की जाती है, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में मांग किया है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE


DR. PRIYA AGRAWAL

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख
13/11/19

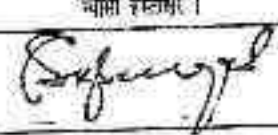
MCI No: 58417
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी



FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
बानी हस्ताक्षर 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2
बानी हस्ताक्षर 2

