

VRN - C 1039

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika  
foundation

Building Block of life.

APPLICATION No.: V/1119/0789  
आवेदन संख्या:APPLICATION DATE: 13/11/19  
आवेदन तिथिNAME of APPLICANT:  
आवेदक का नाम

Pooran Devi

AGE-YEARS आयु-वर्ष

61

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:  
पिता/कटुम्भ का नाम

Laxak Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास का पता

Tashapur, Tamatiya

Distt - Aligarh, U.P., 202148

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवास का 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 सत्य प्रमाण) NA

PAN No. स्थाई छला संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर दाता हैं (जो पन्ना हो वस पर सही 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 संबंध
1)	Kama	63	M	Husband
2)	Shyamveer	35	M	Son
3)	Anil	31	M	Son
4)	Kamlesh	26	F	Daughter
5)	Bishambhar	27	F	Daughter
6)	Rajesh	24	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
सहायता के लिए विवरी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) कटुम्भी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) उच्च आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोगता कार्ड (उपभोग पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis:Proof अन्य कोई प्रमाण

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रोग्यता/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE - IMSC
	LE - IMSC
	Surgery - (RE) STCS + IOL

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लौं गई सहायता राशी
1	SCHEM	

Preop Postop  
(0789) Pooran Devi

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

- 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.
- 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.
- 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.
- मेरे बयान का यह है कि इस प्रकरण में मिले गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन प्रमाण प्राप्त होता है तो मेरी प्रार्थना निरस्त की जा सकती है।
- मैं इस बात का गंभीरतापूर्वक घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी राशि मिले, उसका उपयोग केवल मेरे बयान में उल्लेखित उद्देश्य के पूर्ण रूप में किया जाएगा, जो इस प्रकरण में प्राप्त राशि है।
- मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु यह प्रमाण नहीं दे रहा हूँ, उस राशि का अधिक या समकालीन किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बिमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूंगा।

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

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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.
- 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.
- इस प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे को लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भ्रातृवर्ग" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस उद्देश्य के लिए ही, जैसे "कोशिका" एम्बुलेंस, दवा, यंत्रणाएं इत्यादि उद्देश्य से कुछेक गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने में सक्षम अधिकृत हैं। मेरे प्रकरण का निष्पत्ति परेशान करने वाले या बाद में करने का लिए "कोशिका फाउंडेशन" या किसी अधिकृत नहीं है।
- मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्राप्त हैं, इसके अलावा किसी अन्य उद्देश्य के लिए प्रयोग में नहीं आ सकते हैं।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान:



**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:

- 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.
- 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 this matter.

द्वारा अधिकृत, हस्ताक्षर को अंत में प्राप्त/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं।

- वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संचयन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त होने में आए या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उद्देश्य के अंतर्गत "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अक्षमता/सफलता हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सहायता संचयन या किसी अन्य सहायता संचयन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वारा मदद प्राप्त होगी/प्राप्त होने में आए या ले रहे हैं।
- "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी राशि सहायता के अंतर्गत वित्तीय सहायता की है। जैसे कि हस्ताक्षर द्वारा की गई सहायता या किसी अन्य सहायता/प्रक्रिया का चुनाव होगा एवं हस्ताक्षर को सहायता के अंतर्गत "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। उक्तलिखित हस्ताक्षर में रोगी के हस्ताक्षर द्वारा और जाने जाने की सहायता/प्रक्रिया के अंतर्गत हस्ताक्षर को दोगे और "कोशिका" को कोई पुष्टि या विनिर्दिष्ट उद्देश्य प्राप्त होने में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 13/11/19	<p><b>Dr. PRIYA AGRAWAL</b> MCI No-58417 Sign (Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.</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 आन्तरिक उपयोग हेतु**

SIGNATURE of TRUSTEE 1 सदस्य हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 सदस्य हस्ताक्षर 2