

VRN-C1037

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: **V/1119/0793**
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: **13/11/19**
आवेदन तिथि:

NAME of APPLICANT: **Dulahari**
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आनु-वर्ष **61**

SEX लिंग **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: **Shiv Charan**
पिता/पत्नी का नाम



Pre op Postop
(0793) Dulahari

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Vaarpuri, Tanepur

Dist - Aligarh, U.P., 202145

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION: **Home Maker**
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: **NA**
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. क्याई छात्रा संस्था

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर चुकाई हैं (जो पान हो उस पर छड़ी का निशान लगायें):
Yes / No हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member सदस्य के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध
(1)	Dilli Singh	63	M	Husband
(2)	Yogendra	36	M	Son
(3)	Pranishon	30	M	Son
(4)	Kadha	30	F	Daughter
(5)	Latana	24	F	Daughter
(6)	Sarada	25	F	Daughter

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

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

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई उपचार/सुची संलग्न
	RE -> TMSU
	LE -> TMSU
	Surgery - (LE) SICS + IOL

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लिया गया सहायता राशि
	SCEH	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा 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 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी से अनुसरण सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन सत्य नया बता है तो मेरी सहजता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात का घोषणा करता हूँ "कोशिका फाउन्डेशन", से जो मदद मिलेगी है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने या भविष्य में कभी भी इस मदद के लिये किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न मदद लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा कर)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-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 fulfilment 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 रूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान देकर, मैं (आवेदनक) अपनी सहजता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार से प्रसारित हैं, उसे "कोशिका" प्रमोट करने, धन, वस्तु/सेवाएँ इत्यादि के लिये प्रेरित करने और जानकारी के लिये किसी भी प्रकार प्रचारित करने के लिये अधिकृत हैं। मेरे नाम का प्रसारण करने के लिये मेरे फोटो का प्रयोग करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" को अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को प्रसारण करने के लिये मुझे स्वतः सहायता का अधिकार नहीं होगा। इस मामले में "कोशिका" ट्रस्टी/उप-ट्रस्टी का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कर)

- 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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की संकेत से अनुमोदित करने "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि हमें वर्तमान में न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी स्रोत/नियोक्ता से किसी अन्य स्रोत से उसी रोगी/रोगी के लिये या से नहीं है, जैसे कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्णय करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विवरण अधिकृत/स्वीकार्य हेतु मन्तव्य नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता से किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता से सहायता करने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि से स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल हितों पर एक रोगी/रोगी हेतु किसी भी प्रकार की मदद या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो मदद सहायता केवल वित्तीय प्रकृत की है। रोगी पर हस्ताक्षर द्वारा ही यह स्पष्ट या विवेक से उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी/रोगी द्वारा किया जा रहा है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल से रोगी के हितों सुरक्षा और अपने अपने क्षेत्र/क्षेत्र/निर्णय रोगी एवं हस्ताक्षर की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारता इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery आपेक्षित की तारीख 13/11/19	DR. PRIYA AGRAWAL MCI No-58417 SIGN: (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छिद्र. नं.	 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व नं हस्पताल अधिकृत अधिकारी
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2