

VRN-C995

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
 (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: 11/119/0797  
 आवेदन संख्या : 11/119/0797

APPLICATION DATE: 12/11/19  
 आवेदन तिथि: 12/11/19

NAME of APPLICANT: Kunti Devi  
 आवेदक का नाम: Kunti Devi

AGE-YEARS: 56  
 SEX: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Mad Singh  
 पिता/पति का नाम: Mad Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: Baldes, Mahavan

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: Mathura, U.P. 281301

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: SAME as above



Preop Postop  
 (0797) Kunti Devi

OCCUPATION: Home Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: NA

(Attach Proof of Income)  
 (आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें) NA

PAN No. स्वतंत्र प्राप्त संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
 क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

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 अवेदक के साथ संबंध
1	Sohan Singh	59	M	Husband
2	Mukesh	30	M	Son
3	Vishnu	27	M	Son

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

BPL Card (Aadhar Card Copy) परिवार के सदस्यों के नाम पर (प्रमाण पत्र की छाया प्रस्तुत करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य अर्थ वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रस्तुत करें)	Ration Card (Attach Copy) दूधपत्र कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रस्तुत करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	--	--

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:**  
 सहायता हेतु किये गये चिकित्सा के उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	ke - IMSC
2	ie - IMSC
3	संलग्न - (1B) SLCSF 101

**ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES**  
 इन उद्देश्यों 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 हो गई सहायता राशि
1	SEPF	

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा 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 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.
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कल्पन अथवा गलत बताया है तो मेरी आवेदन पत्र को या सहायता को खारिज कर दिया जा सकता है।
- 2) मैं दृढ़ता से घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो मदद मिलेगी, उसे केवल उक्त उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी प्रकार से या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो मदद ले रहा हूँ और न ही मदद ले रहा हूँ।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक 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/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 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके स्वामी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में शामिल हैं, उसे "कोशिका" द्वारा यादों, चित्रणों द्वारा उद्देश्य से कुछेक माध्यमों को उपयोग के लिये किया जा सकता है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउन्डेशन" के उद्देश्यों के लिये प्रयोग करने से मेरी मदद के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से मदद मिलने से स्वतंत्र है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउन्डेशन" के उद्देश्यों के लिये प्रयोग करने से मेरी मदद के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से मदद मिलने से स्वतंत्र है।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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:
- 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 parent & 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, इसकाशी की ओर से अनुमोदित को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) सिर्फ प्रकृत से प्राप्त या स्वयंसेवा करते हैं।
- 1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी एक सहायता या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या तो ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/अनुमोदन के लिये उक्त रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तिय सहायता हेतु सहायता नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। हम यहाँ घोषणा करते हैं कि हस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/रोगी के लिये किसी भी सहायता सहायता या किसी अन्य स्रोत से नहीं ले रहा होगा।
  - 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने वाली सहायता केवल वित्तीय प्रकृत की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा की गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी के चिकित्सक के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किये गए प्रकृत का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के उपचार सुरक्षा और जाने जाने वाली सभी जिम्मेदारियाँ रोगी और हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भी जिम्मेदारियाँ इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृती के लिये संस्तुति

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख  
13/11/19

**D. PRIYA AGRAWAL**  
MDI No-52417  
*(Signature)*  
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप, व

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

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

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
स्वामी हस्ताक्षर 1  
*(Signature)*

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
स्वामी हस्ताक्षर 2  
*(Signature)*