


| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) | | Koshika foundation <small>Building block of life.</small> | | |
|---|--|---|----------------------|--|
| APPLICATION No.: V/1119/0798 आवेदन संख्या : | | APPLICATION DATE: 13/11/19 आवेदन तिथि | | |
| NAME of APPLICANT: Lal Muhammad आवेदक का नाम | | AGE-YEARS 67 उम्र-वर्ष | SEX M लिंग | |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME: S/o Bankey Singh पिता/कन्या का नाम | |  <p>Prd. of Postop (0798) Lal Muhammad</p> | | |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS: V.4+po - Dahan वर्तमान आवासीय पता | | | | |
| DIST - Mathura, U.P., 281204 | | | | |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: Same as above स्थायी आवासीय पता | | | | |
| OCCUPATION: Unemployed व्यवसाय | | MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) | | |
| TOTAL ANNUAL INCOME: NA कुल वार्षिक आय | | (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न) | | |
| PAN No. स्वास्थ्य खाता संख्या | | | | |
| ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर चुकाते हैं (जो मान्य हो उस पर टिकी का चिह्न लगायें) | | | | |
| <p style="text-align: center;">Yes / No हां / नहीं</p> <p style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> हां / <input type="checkbox"/> नहीं</p> | | | | |
| 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 संबंध |
| (1) | Vashiran | 37 | F | Wife |
| (2) | Mahandi | 40 | F | Daughter |
| (3) | Firoz | 26 | M | Son |
| (4) | Banfi | 32 | M | Son |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विनति आधार: | | | | |
| BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतियाँ अलग से संलग्न करें) | | EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतियाँ अलग से संलग्न करें) | | Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतियाँ अलग से संलग्न करें) |
| Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत | | | | |
| "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे कौन विनती का उद्देश्य: | | | | |
| Sr. No. क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न | | | |
| | NE → P.P | | | |
| | LE → TMSC | | | |
| | Surgery (E) SICCS + IOL | | | |
| ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES हम 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 कौन सा सहायता राशि | | |
| | BCEH | | | |

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा कर:

- 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.
- 1) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी 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) मैं इसकी घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग वही उद्देश्य के पूर्ण रूप से लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में घोषणा किया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं कर रहा हूँ, उस राशि का अधिक या समतल विस्थापित किसी अन्य संगठन/नियोक्ता/बिमा कंपनी से न ले सकूँ और न ही भविष्य में लूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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.
 - 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) अपने सहयोग की पूर्ण काल है एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भ्रातृवर्ग" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में शामिल हैं, जहाँ "कोशिका" एवम् उनकी, नाम, सम्बन्धना हेतु उद्देश्य से कृपया गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रचारित करने में सक्षम अधिकृत हैं। मेरे प्रश्न का विवरण भी प्रश्न में शामिल है। मेरे नाम से करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व उनकी अधिकृत हैं।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रचारित है। मुझे स्वतः सहायता का हस्ताक्षर नहीं बनना। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवम् उनके भ्रातृवर्ग का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

नाम सुदामा

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)

- 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:
- 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 the matter.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से आपसे/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) वह कि न तो हमारा और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और स्रोत से उद्देश्य से उक्त रोगी/रोगी को लेनी या लेनी है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अधिकृत/अनुमति हेतु मन्तर नहीं किया जाता है तो हमारा किसी अन्य स्रोत से सहायता लेना या किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल विचार कर उक्त रोगी/रोगी को किसी और स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित है।
 2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्राप्त वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हमारा ही करण का विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षित और अपने अपने को सारे विवरणों में हम हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Dr. PRIYA AGRAWAL

MCI No. 5B417

Sign

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व तालिका

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)

नाम व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी



FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

[Signature]