

VRN-0982

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building blocks of life.

APPLICATION No.: V/1119/0802
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 12/11/19
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Shanti
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष: 46
SEX लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: N Lek Ram
पिता/कटुल्य का नाम



PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Baldia, Mahavan

3211 - Mathura, D.P. 281304

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाय आवासीय पता

SAME AS ABOVE

Preop Postop
(0802) Shanti

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. स्वार्ह ज्ञाता संख्या

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

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 आवेदक के साथ सम्बन्ध
1	Rathukant	48	M	Husband
2	Arpa	21	M	Son
(3)	Mahaveen	19	M	Son
(4)	Vishnu	15	M	Son
(5)	Pawan	12	M	Son
(6)	Devendra	8	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये निम्न आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के पीछे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)	BWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे नये निती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	KE - IMSP
	LE - IMSC
	Surgeon - (LE) SACS + 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 कौन से सहायता परी
1	SHANTI	

DECLARATION by APPLICANT: अर्शिका द्वारा योग्यता:

- 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 सत्य 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 इस बात को सख्तता से "कोशिका फाउंडेशन" से सीधे या अप्रति, स्वीकार करके इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये बिना उपयोग, जो इस प्रकार में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रश्न पूछा गया है, उस स्थिति का आर्थिक या सख्त हिस्सा किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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/republish 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 enable 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 बात पर सख्त स्वीकार या स्वीकार्यता के साथ स्वीकार, मैं (आवेदक) अपनी सहायता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके स्वामी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, चोटों और मेरे विवरण इस बात में शामिल हैं, जहाँ "कोशिका" दवा, चिकित्सा, भ्रम, या कक्षाएँ द्वारा उपचार से बड़ी आवश्यकतियों और उपचारों को लिये किसी भी प्रकार सहायता से प्रस्ताव करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रश्न का विवरण में प्रस्ताव को फलने या खार में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से सख्त अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात में सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, चोटों और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है पूर्णतः सहायता या इनकार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" दवा उसके स्वामियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुठी 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 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.

इसमें स्वीकृत, हस्ताक्षर की जाते हैं कि हमने किसी भी "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की नहीं है, बल्कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से अन्य से स्वीकार्य करते हैं।

1) वह कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/निर्णय उक्त रोगी के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदाय हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विना स्वीकार/सफल हेतु मन्सूर की किया जाता है तो हमसारा किसी अन्य स्रोत/सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल शरीर पर उक्त उपचार/प्रकार हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो कोई सहायता वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई प्रस्ताव में निर्णय एवं उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी और हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इतना सुरक्षित और जहाँ जहाँ हो सके निर्णय ही गोपनीय हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery / अस्तिमान की तारीख: 13/11/19

Dr. PRIYA AGRAWAL
MCI No. 58417

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
हस्ताक्षर का नाम या हस्ताक्षर व तारीख

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

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नाम 1 हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नाम 2 हस्ताक्षर 2