

VRN-C972

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

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: आवेदन संख्या: **V/1119/0803**

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

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

AGE-YEARS आयु-वर्ष: **66**  
SEX लिंग: **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/पति का नाम: **Sunderlal**



PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

**Naga Birkhse, Bahauds**

**BIRTH- Aligarh, U.P., 202123**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

**SAME AS ABOVE**

**Preop Postop  
(0803) Shyamvati**

OCCUPATION: व्यवसाय: **Home Maker**

MARRIED (विवाहित) /  UNMARRIED (अविवाहित)

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

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

PAN No. रखाई खाता संख्या

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

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)	<b>Hanochandan Lal</b>	<b>66</b>	<b>M</b>	<b>Husband</b>
(2)	<b>Manjira</b>	<b>40</b>	<b>F</b>	<b>Daughter</b>
(3)	<b>Bhusha</b>	<b>36</b>	<b>F</b>	<b>Daughter</b>
(4)	<b>Manvi</b>	<b>33</b>	<b>F</b>	<b>Daughter</b>
(5)	<b>Anita</b>	<b>20</b>	<b>F</b>	<b>Daughter</b>

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

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) परिष्कृत रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को सख्त प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को सख्त प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपपेका कार्ड (प्रमाण पत्र को सख्त प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	--	--	--

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	<b>RE - IMSC</b>
	<b>LA - IMSC</b>
	<b>Surgeonry - (E) SICCS + TAL</b>

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 तो गई सहायता राशि
1.	<b>SICCS</b>	

**DECLARATION by APPLICANT: (अर्थक हस्त प्रेषण पर)**

- 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 सचता है कि इस प्रश्न में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच कहना असंभव याता जाता है तो मेरी सहायता मिलना कभी ना सक्ती है।
- 2) मैं इस बात को सकारणतापूर्वक "कोशिका फाउन्डेशन" से ली जा रही है, उसका उपयोग वही उद्देश्य के पूर्ण से लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में पाया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु कब कार्यवाही की नहीं है, उस राशि का भुगतान या यथासंभव किसी अन्य स्रोत/निर्वाहक/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (अर्थक हस्त प्रेषण)**

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/out-uptiproduce 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 अंगुलि छाप लगाकर, मैं (अर्थक) जातीय सहयोगी को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, पता और जो विवरण इस प्रश्न में उल्लिखित है, उसे "कोशिका" द्वारा स्वतंत्र, दूर, यथासंभव द्वारा उत्पन्न से नुस्खी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। वे इसका उपयोग करने से पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से जातीय अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्थक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, पता और विवरण को जो सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है उसे स्वतंत्र: सहायता का हकदार नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उल्लिखित न्यासीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

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

अर्थक के हस्ताक्षर या अंगुलि का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL (इसका हस्त प्रेषण)**

- 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:
- 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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की और से सहायता-प्राप्त को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उभरती होगी/होसकेगी यदि हमें या तो है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त की है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं मिलती तो हमें या तो है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त की है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं मिलती तो हमें या तो है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त की है।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्तगत द्वारा ही यह सहायता या किसे इसे उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी को उपलब्ध कराया जायेगा और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज चुनाव और जाने को जारी रखने/रोगी को सहायता को देने और "कोशिका" को कोई भुगतान या जिम्मेदारता इन संबंधों में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृती के लिए संस्तुति

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

Signature: D. PRIYA AGRAWAL

MCI No. - 58417

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) / डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

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

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** (अर्थात् उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 / अध्यक्ष हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 / नासली हस्ताक्षर 2