

VRN-C 1047

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

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: V/1119/0805  
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 13/11/19  
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Bhuvir Devi  
आवेदक का नाम

AGE-YEARS 73 वर्ष  
SEX F लिंग



FATHER'S/SPOUSE'S NAME: D/o Ramveer Singh  
पिता/कटुम्ब का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Vill + Po - Salpuri

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता

DISH - Aligarh (20214) (D.P)

same as above

Preop Postop  
(0805) Bhuvir Devi

OCCUPATION: Home Maker  
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: NA  
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income) NA  
(आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. स्थाई छला संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मूल्य जो उस पर सही का चिह्न लगाएं) Yes/No हां/नहीं

**FAMILY DETAILS परिवार विवरण**

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
<u>1</u>	<u>Ramveer Singh</u>	<u>75</u>	<u>M</u>	<u>Husband</u>
<u>2</u>	<u>Rakesh</u>	<u>48</u>	<u>M</u>	<u>Son</u>

BASES for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
सहायता के लिये चिह्नित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतियां प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतियां प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतियां प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किसे करने चिह्नित का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	<u>RE - IMSC</u>
	<u>LE - P.P</u>
	<u>Surgery - (RE) SICCS + IOL</u>

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के हेतु कहीं 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 ती गई सहायता राशि
<u>1</u>	<u>St. Sh</u>	



**DECLARATION by APPLICANT: आवेदक 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 मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य सत्य प्रमाण प्रदा करता है तो मेरी प्रार्थना निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात की सख्त घोषणा "कोशिका फाउंडेशन", से जो कि सही है, उसका उपयोग उक्त उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया करने, जो इस प्रारूप में पता कर है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने भविष्य में कभी भी इस प्रारूप को नहीं है, उस प्रति का आर्थिक या सहाय विना किसी अन्य प्रोडिक्ट/एम्प्लॉयर/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में दूंगा।

**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 it's Trustees to use/publish/put-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 it's 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 प्रकार या अपने हस्ताक्षर या अंगुठी के छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पूर्ण करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके आचार्य" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार में प्रकाशित हैं, इसे "कोशिका" एम्प्लॉयर्स, राशन, सहायता रूप में उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये मिली भी उक्त सहायता से प्रचारित करने के लिए अधिकृत है, मेरे उपर या भविष्य में इस प्रकार के प्रचार या प्रचार के लिये "कोशिका फाउंडेशन" से न्यायी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित हैं उन्हें स्वतः सहायता का इस्तेमाल नहीं करना इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लॉयर्स न्यायिक और कार्यकारी होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL (इस्तेमाल 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 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 to be adopted/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 साथ से चर्चा/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य एजेंसी से उक्त रोगी/रोगी के लिये या से रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विचारित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनियम कोशिका/सहायता हेतु प्रस्तुत नहीं किया गया है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थागत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जात है कि अस्पताल रोगी पर उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही नई प्रदान/करार वित्तीय प्रदान की है। रोगी पर इस्तेमाल द्वारा दी गई सहायता या किये गये उपचार/क्रिया का चुनाव रोगी, रोगी के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार या कोई रचना नहीं है। हस्ताक्षर इस्तेमाल में रोगी को इस प्रकार सुरक्षा और जाने को सही विनियमों रोगी/रोगी को होने और "कोशिका" को कोई भूमिका न मिले/लेगी इस सम्बंध में भी होगा।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृती के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery अपरेसन की तारीख</p> <p>14/11/19</p>	<p><b>Dr. PRIYA AGRAWAL</b> MCI No.-58417 Sign: </p> <p>(Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छिद्र न.</p>	<p></p> <p>(Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इस्तेमाल अधिकृत अधिकारी</p>
--	---	---

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

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 आचार्य हस्ताक्षर 1</p> <p></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 आचार्य हस्ताक्षर 2</p> <p></p>
--	--