

VRN-C-1050

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
 सहायता हेतु आवेदन फार्म (Healthcare)
 (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: VI/1119/0010 APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: 13/11/19

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: Nem Singh AGE-YEARS / आयु-वर्ष: 80 SEX / लिंग: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/कन्या का नाम: Liladhar



PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता: VII + ps - Vidhoh

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता: Distt - Mathura, U.P., 281004

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता: Same as above

Pre.op Astop
(0010) Nem Singh

OCCUPATION / व्यवसाय: Unemployed MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): NA

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: NA (Attach Proof of Income) / (आय का साक्ष्य संलग्न): NA

PAN No. / स्वयं द्वारा संख्या: ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No
 क्या आप आय कर दाता हैं (जो नाम हो वस 'हाँ' या 'नहीं' का चिह्न लगायें): 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	Murari	77	F	Wife
2	Hari Singh	53	M	Son
3	Rajni	51	M	Son
4	Bhupendra	49	F	Daughter
5	Kalika	47	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / सहायता के लिये विधि अर्थात:

BPL Card (Attach Card Copy) / गरीबी रोज के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / अन्य आय की प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) / उपभोगकर्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof / अन्य कोई साक्ष्य
---	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: / सहायता हेतु किसे नये विनिर्देश का उद्देश्य:

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	<u>RE -> 11/19</u>
	<u>CE -> 11/19</u>
	<u>Surg. report -> 11/19</u>

ASSISTANCE BEING AWAIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य के हेतु कौनसे 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 AWAIED / ली गई सहायता राशि
1	<u>SEHA</u>	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा करें:

- 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 सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान एवं कथन उपलब्ध कराया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो मदद मिले, उसका उपयोग वही उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में माग किया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि कितने सहायता हेतु वह जगह को नहीं है, उस धन का जोशुआ या समस्त किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न हो 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/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 appealable to me.
- 1) इस प्रारूप में अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपना नाम/पता/चित्र को घोषित करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन को उपरोक्त उद्देश्यों" को अधिभूत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, चित्र और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एकादमी, डॉ. प्रकाशका द्वारा उद्देश्य से कुछ गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी को प्राप्त नाममात्र में प्रकाशित करने के लिए उपयोग है। मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" व आपकी अधिभूत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, चित्र और विवरण को कि सहायता को उद्देश्य से अधिभूत है मुझे स्वतः सहायता या इन्सुरेंस (बी) कम्पनी। इस उद्देश्य में "कोशिका" एकादमी, डॉ. प्रकाशका का विवरण लीजिए और सहायता लें।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक से उद्देश्य 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 declaration 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.
- मैं (हस्पताल) यहाँ निम्नलिखित बातों को स्वीकार करता हूँ कि हम (हस्पताल) कितने प्रकार से मदद या स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में कितने 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 कोषिका/फाउंडेशन उक्त के मामले में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद ले रहे हैं कि नहीं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता कितने कोषिका/फाउंडेशन से मदद नहीं किया जाता है तो अन्यत्र कितने अन्य भी सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखा है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्वस्थ रोगी पर उपरोक्त मदद को कोषिका फाउंडेशन से किसी अन्य सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेना होगा।
 - 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो मदद सहायता केवल वित्तीय सहायता की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा कोई सहायता या मदद को उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल को बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा कितने प्रकार का कोई सहायता नहीं है। इसलिए हस्पताल ने रोगी को इलाज सुझाए और उसे करने को कोषिका/फाउंडेशन को सहायता की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारता इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिये संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 14/02/19	Dr. PRIYA AGRAWAL MCI No.-58417 [Name of Dr. & Regn. No. with Stamp] डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.	[Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital] नाम व पद हस्पताल अधिकारी
--	--	---



FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2
--	--