

VRN - C-2044

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: V/1119/0812 APPLICATION DATE: 13/11/19
 आवेदन संख्या: V/1119/0812 आवेदन तिथि: 13/11/19

NAME of APPLICANT: Pratap Singh AGE-YEARS आयु-वर्ष: 62 SEX लिंग: M
 आवेदक का नाम: Pratap Singh

FATHER/SPOUSE'S NAME: S/o Babu Lal
 पिता/सहस्रवधु का नाम: S/o Babu Lal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
Narem Ineran, Bakala

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता
Distt- Mathura, U.P., 281204
Same as above



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

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

PAN No. स्वतंत्र जारी संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No
 क्या आप आय का दाता हैं (जो अन्य हो वन पर सही का चिह्न लगाएं): 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 संबंध
1	Gyasho	56	F	Wife
2	Rakhchand	33	M	Son
3	Shamay	30	M	Son
4	Ramish	27	M	Son
5	Chhanga	24	M	Son
6	Ramveer	20	M	Son

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

BPL Card (Attach Card Copy) रतीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) व्यपेकी कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
 सहायता हेतु विनति करने विनती का उद्देश्य:

Medical Reports/Prescriptions Attached
 चिकित्सा/दवाखुर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached
	RE - IMSP
	LE - IMSP
	Surgery → (RE) SICS + IOL

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:-

- 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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही 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 गंभीरतापूर्वक "कोशिका फाउंडेशन", से इसे ले रहा हूँ, उसका उपयोग इस उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में घोषणा किया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने अब तक और भविष्य में भी, इस राशि का अंशिक या पूर्णतः किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/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 & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-up/inroduce 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे को छापवाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन" और उसके ट्रस्टियों को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे उद्देश्य इस प्रपत्र में घोषित है, इसे "कोशिका" एवम् जर्नल, वन, सचन-पत्रादयः उद्देश्य से मुझे गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी जमा सामग्री से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे नाम का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" से जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस प्रपत्र से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से घोषित है मुझे स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा करार)

- 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 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 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- हमारी अधिष्ठाता, इलाहाबादी की ओर से नामित/पंजी की "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किन्तु हम (हस्पताल) विधि प्रकार से मान्य व स्वीकार्य करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और स्रोत/संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विनियोग प्राप्त करे हस्ताक्षर में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी गतिविधि/कार्य हेतु प्रदान नहीं किया जाता है तो अल्पकाल किन्तु अन्य गैर सहायता सहायता या किसी अन्य सहायता से अल्पकाल से न अधिकतर सुरक्षित रहता है। इस शर्त में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल विशेष परंतु उक्त सहायता हेतु किसी और सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।
 - 2) "कोशिका फाउंडेशन" से लेने वाली सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर इलाज/इलाज का चयन रोगी एवं रोगी के बीच का निश्चय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए इलाज में रोगी को इलाज सुरक्षित और जले जले को गतिविधि/कार्य लेने एवं सहायता की राहों और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारता इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन का तारीख 14/11/19	Dr. PRIYA AGRAWAL MCI No.-58417 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	(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 व्यक्ती हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 व्यक्ती हस्ताक्षर 2