

VRN-01045

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

(Healthcare)  
 (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: V/11119/0014 APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: 13/11/19

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: Savitri AGE-YEARS आयु-वर्ष: 57 SEX लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहस्र का नाम: D/o Pyare Lal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान अस्थायी पता: Takapur, Tamkhyu  
 DISTRICT - Aligarh U.P. PIN - 202145  
 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थाई अस्थायी पता: same as above



Preop postop  
(0014) Savitri

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. स्टार्ड अर्थ संख्या: NA ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  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
<u>(1)</u>	<u>Jawan Singh</u>	<u>56</u>	<u>M</u>	<u>Husband</u>
<u>(2)</u>	<u>Charan</u>	<u>32</u>	<u>M</u>	<u>Son</u>
<u>(3)</u>	<u>Aditya</u>	<u>29</u>	<u>M</u>	<u>Son</u>

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

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) / गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतियाँ संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / अन्य आय वर्ग की प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतियाँ संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) / जनसंख्या कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतियाँ संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof / अन्य कोई सबूत
---	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: / सहायता हेतु किसे गये विनिली का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन तृप्ती संलग्न
	<u>RE → IMSC</u>
	<u>FF → IMSC</u>
	<u>Surgery → (RE) SICs + JOL</u>

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 / ली गई सहायता राशि

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:**

- 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, if applicable for rejection/cancellation.
  - 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.
  - 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विषय एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।  
 2) मैं घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो सहायता मिले, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में मंगल किया है।  
 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यात्र प्रार्थना नहीं की है, एक पति का आसिद्ध या स्वतंत्र हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न हो सिका है और न ही भविष्य में होगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)**

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print/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.
  - 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 दस्तावेज पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली के छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस दस्तावेज में प्रयोग करें, जैसे "कोशिका" एम्बल्म, नाम, पता/पता/फोटो इत्यादि से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रचारित करने के लिये अधिकृत हैं। मैंने अपना नाम निरस्त करने के लिये या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से अपनी अधिकृत है।  
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी सहायक के उद्देश्यों से प्रयोग करने से सहायता का हकदार नहीं बनाना इस सम्बंध में "कोशिका" एम्बल्म, नाम/पता/पता/फोटो का निरस्त और आवश्यकता होगी।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुली का छाप।



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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:

- 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.
- 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, हस्ताक्षरों को और से सहायक/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हस्पताल) निरस्त प्रकार से अन्य से स्वीकार करते हैं।  
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायक संस्था से किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी से लेगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदत्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट/अस्वीकार हेतु मन्तर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सहायक संस्था से किसी अन्य सहायक से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखा है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय पत्र उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी हस्ताक्षर संस्था या किसी अन्य सहायक से नहीं लेगा/लेती।  
 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो सहायता वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्ताक्षर द्वारा की गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्ताक्षर, को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई हस्तक्षेप नहीं है। इसलिए हस्ताक्षर में रोगी के हस्तक्षेप सुरक्षित और अपने जन्म की पूर्ण जिम्मेदारियों को एक हस्ताक्षर को होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारियों इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery / ऑपरेशन की तिथि: 14/11/19

Dr. PRIYA AGRAWAL  
 NICI No. - 58417

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
 डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व तबियत

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

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

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
 नामों हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
 नामों हस्ताक्षर 2