

URN-C-19-12-0016

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

**Koshika**  
foundation

Building block of life.

APPLICATION No.: आवेदन संख्या: V/1219/0850

APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: 05/12/19

NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम: Shanti Devi

AGE-YEARS आयु-वर्ष: 62 SEX लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कटुम्प का नाम: Shankar Lal



PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास का पता: V.II - Sadabad Centre

DIST - Mathura - U.P. - 209101

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवास का पता: Same as above

Role of Post op (8850) Shanti Devi

OCCUPATION: व्यवसाय: Home Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय: NA

(Attach Proof of Income) (आय का सक्ष्य संलग्न) NA

PAN No. स्थाई खाता संख्या

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

**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	Shyamsundar	65	M	Husband
2	Mukesh	37	M	Son
3	Dinesh	35	M	Son
4	Manish	32	M	Son
5	Dandayal	29	M	Son

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

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

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE - IMSC
	RE - P.P.
	Surgery - (RE) STOS + JOL

**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
1	SCGH -	

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदन दान ग्राहक-कः**

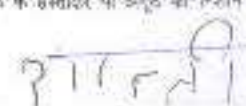
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance liable for rejection/cancellation.
  - 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", 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 यहाँ पर बता रहा हूँ कि इस प्रत्येक में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो यहाँ उदाहरण के तौर पर सकार्य हो सकता है।
- 2) मैं यहाँ पर यथासंभव सच "कॉशिका फाउन्डेशन", से मदद का अनुरोध कर रहा हूँ, जो कि केवल उन्हीं उद्देश्यों के लिए किया जायेगा, जो इस प्रत्येक में स्पष्ट रूप से दिये जा चुके हैं।
- 3) मैं यहाँ पर यथासंभव सच यह प्रमाणित कर रहा हूँ, कि मैंने भविष्य में कभी भी, किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो मदद ली है और न ही मदद ले लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन दान ग्राहक)**

- 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/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 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 प्रत्येक पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान देकर, मैं (आवेदनकर्ता) यहाँ पर सहमत हो रहा हूँ कि "कॉशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायोपाल" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रत्येक में प्रकाशित हों, उसे "कॉशिका" एवम् न्यायोपाल, पत्र, पत्रिका/या प्रसारण के माध्यम से लोगों को मदद के लिए प्रेरित करने के लिए प्रयोग कर सकें। इस प्रयोग से पहले या बाद में करने के लिए "कॉशिका फाउन्डेशन" या न्यायोपाल को अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदनकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी शर्त के प्रयोग के लिए "कॉशिका फाउन्डेशन" या न्यायोपाल को अधिकृत है।

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

आवेदनकर्ता के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL (अनुमति दान ग्राहक)**

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.

इसके अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से आपसे/रोगी को "कॉशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

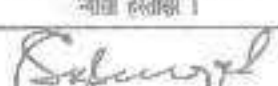
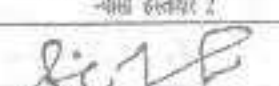
1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी भी प्रकार से वित्तीय सहायता के लिए किसी अन्य स्रोत से मदद लेना/आपसे में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कॉशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/प्रार्थना के लिए मदद के लिए "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता बिना किसी शर्त के प्रदान नहीं की जाती है तो हमारा किसी अन्य स्रोत से मदद लेना/आपसे से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रमाणित करने का मतलब यह है कि हमारा प्रयोग के लिए मदद लेना/आपसे हेतु किसी भी स्रोत से मदद लेना/आपसे से नहीं लेना/आपसे।

2. "कॉशिका फाउन्डेशन" से लेने या ले रहे हैं वित्तीय सहायता की है। रोगी या हस्पताल द्वारा चले गए उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्ताक्षरकर्ता के बीच का विषय है और "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए हमारा न तो रोगी के स्वास्थ्य और आने जाने को सही निश्चय लेने एवं हस्ताक्षर की ओर और "कॉशिका" को कोई दबाव या प्रभावित इस मामले में नहीं होगा।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृति के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>06/12/19</p>	<p>Dr. Piyu Agrawal M.S., M.Ch., F.R.C.S. (Surgical Oncology)</p>  <p>(Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व एच. नं.</p>	<p>(Name, Designation &amp; Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर और मुद्रा के अधिकृत अधिकारी</p> 
--	---	---

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

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायोपाल 1</p> 	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायोपाल 2</p> 
---	---