

VRN- C-19-11-1844-

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

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)

**Koshika**  
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. : आवेदन संख्या : V 1219 0854 APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 05/12/19

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम Vimala AGE-YEARS आयु-वर्ष 45 SEX लिंग F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुम्ब का नाम Ram Saranood

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता:

Vill - Panyan Palkha

Dist - Mirzapur - W.P. 202121

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

Same as above



Bu o P Postop  
(0854) Vimala

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. स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर चुकाते हैं (बो मान्य हो उस पर सही का निशान लगायें) Yes / No 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	Haredev	47	M	Husband
2	Nakhar Singh	23	M	Son
3	Kameshwar	20	M	Son
4	Roop Singh	18	M	Son

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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 - INSC
	IE - INSC
	Surgery - (IE) STCS + JAL

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 राशी
1	SCFH-	

**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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई गलतबत एवम् कथन गलतबत पाया जाता है तो मेरी प्रार्थना निरस्त की जा सकती है।  
 2) मैं दृढ़ता से स्वीकार करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो मदद मिलेगी, उसे केवल उस उद्देश्य के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पत्र में पत्र में।  
 3) मैं यकीन करता हूँ कि मैंने कभी भी इस मदद के लिए 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 & 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का दाग लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायोपक्ष" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एन.पी.ओ., या, सन.दा.ए.द्वारा उद्देश्य से बड़े-छोटे माध्यमों और उपायों के द्वारा प्रसारित करने के लिए प्रयोग किया जा सकेगा। इस प्रयोग में मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउन्डेशन" के उद्देश्य के लिए प्रयोग करने के लिए अधिकृत है।  
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउन्डेशन" के उद्देश्य से प्रसारित करने के लिए प्रयोग करने का अधिकार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एन.पी.ओ. उसके न्यायोपक्ष का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

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

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर 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.
  - 2) The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/undertaken 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.

इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से प्रमाणित करने वाले "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य न स्वीकार करते हैं।  
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी अन्य स्रोत/नियोक्ता या किसी अन्य स्रोत से उठाया जाएगा/लगाया जा सकेगा, जो हमें प्राप्त करने के लिए हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश करने के लिए हमें "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु प्रार्थना की है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जाती है, तो हमें सहायता प्रदान करने का अधिकार सुरक्षित रखना है। इस प्रक्रिया में हमें प्रार्थना करना है कि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्रदान करने का अधिकार सुरक्षित रखना है।  
 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो मदद मिलेगी, केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी को हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी और हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रूढ़िवादी हस्तक्षेप नहीं होगा। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुलभ और अपने नाम को सही निर्णय देगी। एव हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।



**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृती के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन का तारीख</p> <p>06/12/19</p>	<p>(Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व. सं. नं.</p> <p>DR. P. V. AGRAWAL MBBS, MCh (Ophthalmology) Reg. No. - 5</p>	<p>(Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी</p>
--	--	--

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

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामों हस्ताक्षर 1</p> <p>Safarjani</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामों हस्ताक्षर 2</p> <p>[Signature]</p>
--	--