

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

(Healthcare)  
 (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: V/01219/0859  
 आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 05/12/19  
 आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Harichand  
 आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष: 57  
 SEX लिंग: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Charan Singh  
 पिता/कन्या का नाम



PASTE PHOTO HERE  
 Bce. of Post-op  
(0859) Harichand

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता  
Vill - Subagpur - Binaurth  
Dist - Mathura, U.P., 281201  
 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता  
Same as above

OCCUPATION: Unemployed  
 व्यवसाय

MARRIED (निगलित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: NA  
 कुल वार्षिक आय

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

PAN No. स्थायी 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 लगायें):  
 Yes / No हा / नहीं  हा

**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	Savitri	56	F	WIFE
2	Kajesh	32	M	Son
3	Bijesh	24	M	Son
4	Charchal	27	F	Daughter
5	Rekha	24	F	Daughter
6	Pink	27	F	Daughter

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

BPL Card (Attach Card Copy) एटीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की हस्त प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की हस्त प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोगिता कार्ड (प्रमाण पत्र की हस्त प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
---	---	---	--

**"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 प्रतिक्रिया सूची संलग्न
	RE - INSC
	IP - INSC
	Surgery - (RE) STCS + 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 तो यह सहायता राशि
1.	SCCH-	

**DECLARATION by APPLICANT: अभ्यर्थक द्वारा घोषणा कर:**

- 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 being requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई निष्पक्ष एवं कठोर समीक्षा बना जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता मिले, उसे केवल उद्देश्य के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रश्न में उल्लेख किया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि भविष्य में मैं किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बिमा कंपनी से न तो सहायता लेऊंगा और न ही वापस ले सकूंगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (अभ्यर्थक द्वारा कर)**

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its 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 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 रूप में अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अभ्यर्थक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो निष्पक्ष इस रूप में घोषित है, उन्हें "कोशिका" द्वारा नाम, पता, फोटो के माध्यम से वृद्धों, बच्चों और अन्य लोगों को सहायता के लिए प्रचारित करने के लिए प्रयोग किया जा सकता है। इस प्रचारित करने के लिए मेरी छवि और विवरण का उपयोग "कोशिका फाउंडेशन" के द्वारा किया जा सकता है।
- 2) मैं (अभ्यर्थक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है, मुझे स्वयं-सहायता का हस्ताक्षर नहीं कराएगा। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उक्त विवरण का प्रयोग अंतिम और अविरोधकारी होगा।

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

अभ्यर्थक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

*(Handwritten signature)*

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कर)**

- 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 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.

- इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से जनसहायता को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए मांगी जा रही है, बल्कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के संबंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु प्रार्थना की है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता निरस्त और/वापस ले ली जाती है तो हमें सहायता किसी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखना है। यह पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता प्राप्त होने पर रोगी/रोगी के सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेना होगा।
  - 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा की गई सहायता या निदान एवं उपचार/उपचार का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी के स्वास्थ्य सुरक्षा और अन्य बातों को ध्यान में रखते हुए हस्पताल की 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 की तारीख</p> <p>06/12/19</p>	<p><i>(Signature)</i> M.B.S. M.C. Ophthalmology No. 53417</p> <p>(Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप, न.</p>	<p><i>(Signature)</i></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 स्थायी हस्ताक्षर 1</p> <p><i>(Signature)</i></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 स्थायी हस्ताक्षर 2</p> <p><i>(Signature)</i></p>
--	--

