

VR N-(C-19/12-0224

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

(Healthcare)  
 (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: V/1219/0060 APPLICATION DATE: 06/12/19  
 आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Shakuntala AGE-YEARS आयु-वर्ष: 80 SEX लिंग: F  
 आवेदक का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Bhulan  
 पिता/सहस्र का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता  
Vill- Jafarpur, Musmuna  
 DISTRICT: Mathura, U.P., 281203  
 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता  
Same as above



Bu op Postop  
(0860) Shakuntala

OCCUPATION: Home Maker MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: NA (Attach Proof of Income) (आय का सत्य सतान) NA  
 कुल वार्षिक आय

PAN No. स्वयं छत्र संख्या  
 ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No  
 क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगायें) 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	Bhupendra	57	M	Husband
2	Rakesh	36	M	Son
3	Kaushal	53	M	Son
4	Rishi Singh	51	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विधि आकर			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृप्य प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृप्य प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की कृप्य प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सब्य

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RI - IMSC
	UE - IMSC
	Surgery - (2) SICCS + 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	SCFH -	

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदनक द्वारा घोषणा करत:

- 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 प्रत्येक में दिए गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एक कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी आवेदन निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता यथा "कोशिका फाउन्डेशन", से ले जा रही है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रत्येक में पता लगा है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु अब प्रार्थना की नहीं है, उस मदद का अधिकतम या समस्त हिस्सा किसी अन्य स्रोत/निरोपक/बीमा कम्पनी से न जो लिया है और न ही भविष्य में लूंगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा करत)**

- 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 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 प्रत्येक पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठी की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके स्वामी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस उपर में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् स्वामी, दत्त, मान्यता प्राप्त उद्देश्य से वृद्धि गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे उपर का विवरण मेरी इच्छा के विरुद्ध या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से नहीं अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रयोग में लाने के लिए सहायता का इस्तेमाल की जानता है इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके स्वामियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

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

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगुठी का छाप



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

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. 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.

- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मान्यताप्राप्त को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) बिना प्रत्येक में मान्यता नहीं करने हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता स्रोत से किसी अन्य स्रोत से उठाया जाएगा जो कि सहायता के लिए या जो कि है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्णय उठाया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं मिलती अथवा अपूर्ण रहती है तो हमें सहायता के लिए किसी अन्य स्रोत से उठाया जाना या सहायता स्रोत को सहायता पूर्णता रखना है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा प्रदान किया गया उद्देश्य सहायता हेतु किसी भी सहायता स्रोत या किसी अन्य स्रोत से नहीं लोपाएगी।
  - 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से लेनी गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा की गई सहायता या विवेक से उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी और हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई हस्तक्षेप नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज शुरू करने और जाने जाने को सभी जिम्मेदार हैं। हम हस्पताल की प्रेमी और "कोशिका" को कोई भी भुविगत या वित्तीय सहायता इस सम्बंध में नहीं क्षेपी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृति के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>06/12/19</p>	<p><i>Dr. Pooja Agrawal</i> M.S. Ophthalmology Reg. No. - 55417</p> <p>(Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp)</p> <p>डॉक्टर का नाम व दरखस्त व छाप, न.</p>	<p><i>[Signature]</i></p> <p>(Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)</p> <p>नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी</p>
------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1</p> <p><i>[Signature]</i></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2</p> <p><i>[Signature]</i></p>
--------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------