

URN-C1249

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

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखपाल)



APPLICATION No.: आवेदन संख्या : V/1219/0873

APPLICATION DATE: आवेदन तिथि 09/12/19

NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम Pushpa

AGE-YEARS आयु-वर्ष 51 SEX लिंग F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कथुप का नाम Goshalli



Pre op Postop  
(0873) Pushpa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास का पता  
Mohalla Musalman, Siharra  
DIST - Mathura, U.P., 281306  
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता  
Same as above

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 खता 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 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>Pappan</u>	<u>54</u>	<u>M</u>	<u>Husband</u>
<u>2</u>	<u>Ashiq</u>	<u>31</u>	<u>M</u>	<u>Son</u>

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये निम्नलिखित आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश 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 किसे गये निम्नलिखित का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	<u>RE - JM5C</u>
	<u>RE - JM5C</u>
	<u>Surgery - (RE) SJCS + JOL</u>

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES: इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि
<u>1</u>	<u>SCM -</u>	

**DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा बयान पर)**

- 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 यथासंभव सच हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई निन्दन एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस सहायता को "कोशिका फाउन्डेशन" से ही ले रहा हूँ, इसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस फॉर्म में पता पड़ा है।
- 3) मैं यथासंभव सच हूँ कि वित्त सहायता हेतु यह प्रमाण नहीं है, उस राशि का आवधिक या सफल विपदा किसी अन्य संगठन/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक 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 द्वारा मैं अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यायोर्थ" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस फॉर्म में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायोर्थ, पत्र, संचारण, दूरदर्शन से जुड़े गतिविधियों और उपलब्धियों को संचारित करने के लिए प्रसारित करे। इस प्रकार का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" न पक्षी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से घोषित है, पूर्ण सच, सहायता का हकदार नहीं बनना। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवम् उसके न्यायोर्थ का निर्णय अंतिम और सम्पत्कारी होगा।

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

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान -



**AGREEMENT by HOSPITAL (इलाजत 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. 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.

इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से प्राधिकारित को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिस हस्त (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करेगा है।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या ले रहे हैं, बस कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अधिकृत/सफल हेतु मन्जूर नहीं किया जाता है तो अस्वास्थ्य किसी अन्य सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्वास्थ्य रोगी मन्जूर उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं होगा/होगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्ताक्षर द्वारा ही सहायता का निर्णय एवं उपचार/प्रक्रिया का चुनाव/प्रकार का निर्णय को बोध का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए हस्ताक्षर में रोगी के इलाज सुझा और आने वाले को सभी निर्णयों को लेने हस्ताक्षर को होगा और "कोशिका" को कोई प्रकृति या निर्णयों इस सम्बन्ध में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृति के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery अपरेशन की तारीख</p> <p>10/12/19</p>	<p><i>(Signature)</i> Dr. Priya Agrawal M.S. M.C. Ophthalmology No. 58417 HSA</p> <p>(Name of Dr. &amp; Regd. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व दर्तांक व पद, व</p>	<p><i>(Signature)</i></p> <p>(Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इलाजत अधिकृत अधिकारी</p>
--	---	--

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

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायोर्थ हस्ताक्षर 1</p> <p><i>(Signature)</i></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायोर्थ हस्ताक्षर 2</p> <p><i>(Signature)</i></p>
---	---