

URV-C-19-12-0636

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

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)

**Koshika**  
foundation  
Building Block of Life

APPLICATION No.: V/1219/0891  
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 11/12/19  
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT:  
आवेदक का नाम

Sushila

AGE-YEARS आयु वर्ष

71

SEX लिंग

F

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

Ramshoop

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान अस्थायी पता:

Rad - Pal Khena, Bahouth

PBH - Mathura, U.P. 201201

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

Same as above



Recop Post of  
0891) Sushila

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. स्पष्ट खाली रखें

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

Yes / No  
हां / 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
<u>1</u>	<u>Nekasa</u>	<u>73</u>	<u>M</u>	<u>Husband</u>
<u>2</u>	<u>Nand Kishor</u>	<u>47</u>	<u>M</u>	<u>Son</u>
<u>3</u>	<u>Lalit</u>	<u>43</u>	<u>M</u>	<u>Son</u>
<u>4</u>	<u>Kajanti</u>	<u>41</u>	<u>F</u>	<u>Son</u>
<u>5</u>	<u>Santosh</u>	<u>39</u>	<u>F</u>	<u>Son</u>

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
सहायता के लिये चिन्हित 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) उपभोग्यता 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
	<u>RE - JMSC</u>
	<u>IE - JMSC</u>
	<u>Surgery - (IC) SIC5 + 70L</u>

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 गई सहायता राशि
<u>1</u>	<u>SCCH -</u>	

**DECLARATION by APPLICANT (अवेदक 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 घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिए गये सभी विवरण सच और सही हैं। यदि कोई झूठा बयान एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो मदद मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूरित करने के लिये किया जाएगा, जो इस फॉर्म में बताना है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं किसी सहायक हेतु यह प्रार्थना नहीं कर रहा हूँ, उस राशि का वापस या सबका हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ले सकिय में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (अवेदक द्वारा करार)**

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 रूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान देकर, मैं (अवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस उद्देश्य में प्रयोग हों, जैसे "कोशिका" एम्पू, न्यारी, दान, चिकित्सा दुर्लभ उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सहायता से प्रचारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से न्यारी अधिकृत है।
- 2) मैं (अवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी सहायता के उद्देश्यों से प्रयोग में लाने से सहायता का हकदार नहीं बनना। इस संबंध में "कोशिका" एम्पू उनके न्यारियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**  
अवेदक का हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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.

- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरी को और से चयन/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसमें हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और प्रकार की संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/निर्देश उक्त के संबंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट/अस्वीकृत हो जाएगी तो बिना कमी के अन्य स्रोत और संस्थाओं से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल विशेष चरम उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और प्रकार की सहायता या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर इस्तेमाल इसी की गई चिकित्सा या किये गए उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुलभ और अपने अपने की पूरी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भी प्रकार का निम्न/उत्तर इस मामले में नहीं होंगे।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृती के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>12/12/19</p>	<p><i>Anita Agrawal</i> M.B.B.S. (Gen. Med.) D.P.M.T. (Sp. Pathology)</p> <p>(Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं. ....</p>	<p><i>[Signature]</i></p> <p>(Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी</p>
--	---	--

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

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