

VRN-C-19-12-0791

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

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: V/12/19/0913  
आवेदन संख्या

APPLICATION DATE: 13/12/19  
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Kiran Dei  
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष: 56  
SEX लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Manhari  
पिता/पति का नाम



PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता  
Vill - Pachowra, Sahowra

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता  
Dipth - Bhawanipur, Koyarkhan, 321201

same as above

Rule of Postop  
(0913) Kiran Dei

OCCUPATION: Home Maker  
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: NA  
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)  
(आय का साक्ष्य 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 चिह्न लगावे) 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	<u>Natthi</u>	<u>59</u>	<u>M</u>	<u>Husband</u>
2	<u>Lalchand</u>	<u>35</u>	<u>M</u>	<u>Son</u>
3	<u>Niranjan</u>	<u>33</u>	<u>M</u>	<u>Son</u>
4	<u>Vivek</u>	<u>31</u>	<u>M</u>	<u>Son</u>
5	<u>Rohit</u>	<u>29</u>	<u>M</u>	<u>Son</u>
6	<u>Shankar</u>	<u>26</u>	<u>M</u>	<u>Son</u>

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डाक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	<u>RE - P.P.</u>
	<u>RE - MSC</u>
	<u>Surgery - (LE) STCS + JOL</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 सी गई सहायता राशी
<u>1</u>	<u>SCFH -</u>	

**DECLARATION by APPLICANT:** अनुरोध द्वाारा घोषणा करें:

- 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.
- 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.
- 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.
- मैं यथासंभव सचता है कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मैं दृढ़ता से सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन" से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में सच घोषित है।
- मैं यथुक्त सचता है कि निम्न सहायता हेतु यह प्रारूपी नहीं है, उस राशि का आंशिक या सहायता किसी अन्य सौच/निर्भर/बीमा कम्पनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में लूना।

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

- 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.
- 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.
- इस प्रारूप पर अपना हस्ताक्षर या अंगुठी की छाप लगाकर, मैं (अनुमोदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्याताओं" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रेषित हैं, उसे "कोशिका" एम्वू न्याताओं, दान, मान्यता/या दूसरे उद्देश्य से दूसरी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व न्याताओं अधिकृत है।
- मैं (अनुमोदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्वू उसके न्याताओं का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

अनुमोदक के हस्ताक्षर या अंगुठी का निम्न :



**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:

- 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.
- 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.

इससे अधिकृत, हस्पताल को और से मांगते/पैंगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी नैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगीने में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/किया उक्त को सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिय आंशिक/सकल हेतु मन्जूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य नैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था/पन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखा है। इस यथुक्त में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/रोगीने हेतु किसी नैर सरकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से ली लेंगे/लेंगी।
- "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तिय इच्छुति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा की गई सहायता का किराये गये इस्तेमाल/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई बचान नहीं है। इच्छुतिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अले करने को सभी विद्यमान-पैंगी एवं हस्पताल को होगा और "कोशिका" को कोई वृत्तिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृती के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery अधिष्ठान की तारीख</p> <p>24/12/19</p>	<p>Dr. Arvind Agarwal M.B.B.S Neurology</p> <p>(Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.</p>	<p>(Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी</p>
--	--	--

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

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्याता हस्ताक्षर 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्याता हस्ताक्षर 2</p>
--	--

*(Handwritten signatures of trustees)*