

VRN-C-20-01-0452

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

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: V/0120/1012  
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 10/01/20  
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Badan Singh  
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष: 66  
SEX लिंग: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Laccho  
पिता/कटुण का नाम



PRESENT RESIDENCE ADDRESS: NH 11, Chak, Bahanehra  
वर्तमान आवासीय पता

Pre op Post op  
(1012) Badan Singh

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: Diali Bahanehra, Rajghat, 21001  
स्थायी आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION: unemployed  
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 291000  
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 लगाए) Yes / No हा / 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	Ramvati	63	F	wife
2	Dinesti	43	M	son
3	Nesray	40	M	son
4	Rani	38	F	daughter

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा 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) उपभोग्य 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
	15 - IMSC
	16 - IMSC
	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 ली गई सहायता राशि
1	SCCH -	

**DECLARATION by APPLICANT - (अर्शक द्वारा घोषणा):**

- 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, if any, 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान एवं कथन अथवा धोखा देता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन" से मिलेगी तो उसे केवल उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रारूप में घोषित है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं किसी भी प्रकार से या भविष्य में किसी भी अन्य सहायता/रोजगार/बीमा कंपनी से न कोई रकम ले और न ही वापस दे लूँगा।

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

- 1) By affixing my signature of 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 to 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 प्रारूप पर अपनी हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके त्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका फाउन्डेशन" एवम् उसकी, वकील, प्राधिकाप, दूरदर्शन, इंटरनेट से तुरंत गतिविधियों और उपलब्धियों को लिये किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है: मेरे उपचार या उपचार के पूर्ण होने या करार के निष्पत्ति के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" न तब तक अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी प्रकार से उपयोग में लाने से पहले सहायता का प्रस्ताव नहीं किया जा सकता। इस संबंध में "कोशिका फाउन्डेशन" एवम् उसके त्रस्टियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

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

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

*(Handwritten signature)*

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

- By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी भी अन्य सहायता या वित्तीय सहायता से वकालत करने में हमें रुकावट है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त नहीं होती है, तो हमें सहायता के अभाव में अन्य सहायता से वकालत करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट रूप से कहा जाता है कि हस्पताल वित्तीय मदद के अभाव में वकालत हेतु किसी भी अन्य सहायता या वित्तीय सहायता से नहीं लगेगा।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर उपचार का निर्णय हमें उपचार/प्रक्रिया का चुनाव करने पर हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के उपचार सुरक्षा और उसे करने की सभी जिम्मेदारियाँ इस हस्पताल को होंगी और "कोशिका फाउन्डेशन" को नहीं। पुष्टि या निष्कर्षों इस मामले में नहीं होंगे।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
 डॉ. अश्विनी कुमारी के लिए संस्तुति  
 Dr. Ashwini Kumari  
 M.B.B.S., M.S. Ophthalmology  
 Regn. No. - 85726  
 Date: \_\_\_\_\_

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 11/01/20	(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं. [Signature and Stamp]	(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी [Signature and Stamp]
--	---	---

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

SIGNATURE of TRUSTEE 1 (नामों हस्ताक्षर) [Signature]	SIGNATURE of TRUSTEE 2 (नामों हस्ताक्षर) [Signature]
--	--