

URN- (20-01-0449)

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

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य रक्षण)



APPLICATION No. :  
अवेदन संख्या : V/0120/1014

APPLICATION DATE:  
अवेदन तिथि 18/01/20

NAME of APPLICANT :  
आवेदक का नाम Shivdai

AGE-YEARS आयु-वर्ष 67  
SEX लिंग F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :  
पिता/कटुप का नाम Nalhi Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता  
Mohan-Baghmat, Bhabra P.O.

Dist - Bhabra P.O. P.O. Station, 321001

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता  
Same as above.



Post of (2014) Shivdai

OCCUPATION :  
व्यवसाय Home Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :  
कुल वार्षिक आय 39,000

(Attach Proof of Income)  
(आय का साक्ष्य संलग्न) NP

PAN No. स्पष्ट 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 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 से संबंध
1.	Vijaya Singh	75	M	Husband
2.	Kaptaan	45	M	Son
3.	Ranje Singh	43	M	Son
4.	Ranjiv	40	M	Son
5.	Ranjiv	38	M	Son
6.	Rajkumari	35	F	Daughter
7.	Anita	32	F	Daughter

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

BPL Card (Attach Card Copy) सही 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	---

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE - I M S C
	LE - I M S C
	Surgency - (RE) STCS-FIOL

**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	SCPH-	

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

- 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 अर्शक में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।  
 2) मेरे द्वारा जो सहायता "कोशिका फाउन्डेशन" से ली जा रही है, उसका उपयोग उक्त अर्शक में पूर्णतः के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकार में था तथा है।  
 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि बिना सहायता हेतु यह अर्थपत्र की गई है, उस राशि का ज्वरिफ या सफल होना किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में होगा।

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

- 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 प्रकार या अन्य हस्ताक्षर एवं अर्थपत्र को लगाए जाने पर, मैं (अर्शक) अपनी सहमति को ज्ञापित करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके त्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस अर्शक में घोषित हैं, उसे "कोशिका" चयन करती, चयन, संचालन शुरू करने के लिए मेरी पहचान और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे द्वारा जो सहायता मेरे अर्शक में उल्लेख की गई है, उसका उपयोग केवल "कोशिका फाउन्डेशन" के चयन से अधिकृत है।  
 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना सहायता के अर्थपत्र में प्रेषित है, मुझे सहायता का अर्थपत्र नहीं करता इस संबंध में "कोशिका" चयन उसके त्रस्टियों का निर्णय अंतिम और अप्रतिहार्य होगा।

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

अर्शक के हस्ताक्षर या बाएँ थंब प्रिंट का स्थान



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा स्वीकार)**

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.

इससे अधिकृत, हस्ताक्षर को और से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्य न कर सकेंगे करेंगे हैं।  
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में बिना सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या जो रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विज्ञापित उक्त रोगी/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता हेतु सिफारिश की है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता बिना सिफारिश/विज्ञापित हेतु प्राप्त नहीं किया जाता है तो हमारा किसी अन्य स्रोत से सहायता हेतु या किसी अन्य संगठन से सहायता हेतु या किसी अन्य स्रोत से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है। इस पुष्टि में स्पष्ट बना जाता है कि सहायता हेतु सिफारिश केवल सहायता हेतु सिफारिश के लिए है।  
 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्ताक्षर द्वारा की गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्ताक्षर के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्ताक्षर में रोगी के इलाज सुझाव और चयन करने के सभी निर्णय रोगी एवं हस्ताक्षर के बीच हैं और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारता इस संबंध में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृती के लिए अनुमति

Dr. Ashwini Kumar  
 M.B.B.S, M.D. Ophthalmology  
 Reg. No. - 55228  
 Date: 11/01/20  
 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
 डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर न होने न

*(Signature)*  
 (Name, Designation & Status of Authorised Signatory on Behalf of Hospital)  
 नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी



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

SIGNATURE of TRUSTEE 1 ज्योती हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 ज्योती हस्ताक्षर 2
<i>(Signature)</i>	<i>(Signature)</i>