

URN-C-20-01-DUSI

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Building Block of life	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या : <u>V/012A/1019</u>		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि <u>10/02/20</u>			
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम <u>Prakash Chand</u>		AGE-YEARS आयु-वर्ष <u>73</u>	SEX लिंग <u>M</u>	PHOTO HERE Photo of <u>Prakash Chand</u> (2019) Prakash Chand	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुण का नाम <u>Devilad Ram</u>		PRESENT RESIDENCE ADDRESS कांपन आवासीय पता <u>H.No = 961, Sanjay Nagar</u> <u>Dist - Brahatpuri, RAJASTHAN, 321001</u>			
		PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता <u>Some as above</u>			

OCCUPATION : व्यवसाय <u>Unemployed</u>	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय <u>850000</u>	(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न) <u>NA</u>
PAN No. स्थाई खला संख्या	
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर राता है (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाए)	
Yes / No हा / नहीं <input checked="" type="checkbox"/>	

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
1	<u>Sushila</u>	<u>54</u>	<u>F</u>	<u>Wife</u>
2	<u>Rajesh</u>	<u>32</u>	<u>M</u>	<u>Son</u>
3	<u>Rekha</u>	<u>20</u>	<u>F</u>	<u>Daughter</u>
4	<u>Chanchal</u>	<u>18</u>	<u>F</u>	<u>Daughter</u>
5	<u>Gesta</u>	<u>15</u>	<u>F</u>	<u>Daughter</u>
6	<u>Pinki</u>	<u>13</u>	<u>F</u>	<u>Daughter</u>

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये चिह्नित आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) नदीकी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की क्लॉक प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की क्लॉक प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की क्लॉक प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
 सहायता हेतु किये गये चिह्नित कर उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	<u>RE - IMSC</u>
	<u>UG - IMSC</u>
	<u>Surgery - (B) SCS 1106</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 तो गई सहायता राशि
1	<u>SCEFI-</u>	

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा घोषणा करें)

- 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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सच जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच नहीं कहा गया होता है तो मेरी यह घोषणा निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से जो मदद मिले, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में माग किया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं किसी भी प्रकार से, इस रकम का अतिरिक्त या समस्त हिस्सा किसी अन्य प्रोविडर/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न ले लेता हूँ और न ही भविष्य में लेता हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-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 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा, मुद्रित, चित्र, वक्तावली द्वारा उपकरण से जुड़े कार्यक्रमों और उपस्थितियों के लिए किसी भी प्रकार मासूम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मैं अलग से पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से स्वतंत्र अधिकृत हूँ।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि इस प्रपत्र में घोषित है, उसे स्वतंत्र रूप से प्रसारित नहीं किया जा सकता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" द्वारा उक्त अधिकृतों का निर्णय अंतिम और मान्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक से इच्छा है कि अंगूठे की छाप लगाएँ।



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 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 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 और से आपसे हमें "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य न स्वीकार करते हैं:
- 1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी सहायक किसी और सहायक प्रदाता या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी से मेरी या मेरी से है, बस कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु की है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी कारिका/प्रकार हेतु प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सहायक प्रदाता या किसी अन्य सहायक से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। यह पुष्टि में स्पष्ट करता है कि हस्पताल सिर्फ उत्तर देता है रोगी/रोगी से किसी और सहायक संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेता/लेगी।
 - 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो मदद सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा ही कोई उपचार या निदान एवं उपचार/उपचार का चुनाव होगा एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के हलाक सुख और आने जाने को सभी जिम्मेदारी होगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery अपरेसन की तारीख</p> <p>11/9/20</p>	<p>Dr. Priti Agrawal M.B.B.S. - 1985 Kashipur - 245412</p> <p>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका नंबर एवं पता</p>	<p>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी</p>
---	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्दरिक्त उपयोग हेतु

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