

URN-C-20-01-0238

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

**Koshika**  
Foundation  
Building block of life.

APPLICATION No. / आवेदन संख्या : U/0120/L025

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : 11-01-20

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम : Ramshoji Devi

AGE-YEARS / आयु-वर्ष : 65

SEX / लिंग : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहोदर का नाम : Ramveer Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता : Amj Nagar, Lehavan

DIST-MATHURGA, U.P. 281204

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थाई आवासीय पता

same as above



One of last of  
(L025) Ramshoji  
Devi

OCCUPATION / व्यवसाय : Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय : 29000/-

(Attach Proof of Income) / (आय का प्रमाण संलग्न) : NA

PAN No. / स्थाई खात संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर दाता हैं (को 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 के साथ सम्बन्ध
1.	<u>MATHUR Singh</u>	<u>69</u>	<u>M</u>	<u>Husband</u>
2.	<u>Ramesh</u>	<u>38</u>	<u>M</u>	<u>SON</u>
3.	<u>Rameesh</u>	<u>36</u>	<u>F</u>	<u>Daughter</u>
4.	<u>Suneeta</u>	<u>31</u>	<u>F</u>	<u>Daughter</u>

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

BPL Card (Attach Card Copy) / पत्रिका लेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र जो लाना प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / अन्य 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 प्रमाण
--	--	--	---

'PURPOSE' for REQUESTING ASSISTANCE / सहायता हेतु किये गए विनती का उद्देश्य:

Sr No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / भ्रमणपत्र/डॉक्टर से जारी की गई प्रीस्क्रिप्शन सुची संलग्न
	<u>RF - D.P</u>
	<u>LE - I M S C</u>
	<u>Surgey - (LE) SICS + 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 / ली गई सहायता राशि
1.	<u>SCEH</u>	

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदक 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, 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 मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई क्लियर एवं उचित असाहाय्य प्राप्त होता है तो मैं उसे असाहाय्य निरास की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पता लगाया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं किसी भी अन्य सहायता हेतु एक प्रारूप की गई है, जो कि किसी भी अन्य सहायता/रोजगार/बिमा के माध्यम से नहीं किया है और न ही भविष्य में होगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक 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/print up/produce 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 प्रारूप पर अपना हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता और फोटो का प्रयोग इस प्रारूप में शामिल है, उसे "कोशिका" द्वारा प्रेषित, प्रकाशित, प्रसारित, प्रसारण से जुड़े गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मैं प्रारूप का विवरण और इसका उद्देश्य या उद्देश्य के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" को अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी प्रकार के उद्देश्यों से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। असाहाय्य का इस्तेमाल नहीं करना। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उक्त उद्देश्यों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर 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.

- इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संस्थान या किसी अन्य स्रोत से इस रोगी/मामले में ली जा सके रहे है। जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट राशि के माध्यम से "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकृत/सहायता हेतु मन्कुर नहीं किया जाता है तो असाहाय्य किसी अन्य और सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जात है कि असाहाय्य मिलने पर उक्त रोगी/मामले हेतु किसी और सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेना/लेनी।
  - 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता असाहाय्य विधि/प्रक्रिया की है। तभी यह असाहाय्य प्राप्त हो पायेगा यदि उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्ताक्षर द्वारा किया है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए इस्तेमाल में रोगी के लक्षण, इच्छा और अन्य बातों को ध्यान में रखकर सहायता दी जायेगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE  
 स्वीकृती के लिए संस्तुति

Dr. Ashwini Kumar  
 M.B.B.S. M.S. Ophthalmology  
 Regn. No - 650211  
 Time: 11:00 AM  
 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
 डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.



(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)  
 नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery  
 अमिशन की तारीख  
 11-01-20

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

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2