

VRN-C-19-12-0586

Koshika
Foundation
Building Block of life

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No. 4/0120/1029 APPLICATION DATE 11/01/20
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT Memvati AGE-YEARS 60 SEX F
आवेदक का नाम आयु-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME Bhop Singh
पिता/कटुम्भ का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासस्थान पर
Bilkhaura Khurd, Sabhi
DISTRICT - MATHURA, U.P. 204216
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासस्थान पर
SAME AS ABOVE



OCCUPATION Home Maker MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)
व्यवसाय

TOTAL ANNUAL INCOME: 19,0000 (Attach Proof of Income) (आय का सबूत संलग्न) NA
कुल वार्षिक आय

PAN No. [Blank] (आय कर का पहचान संकेत)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No हा / नहीं ✓
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगायें)

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	Nahar Singh	Late	M	Husband

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रखा 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 विनति का उद्देश्य:

Medical Reports/Prescriptions Attached
अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न

RE - IMSC
LE - IMSC
Surgery - (RE) SCS + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED हो गई सहायता राशि
1	SCCH	

DECLARATION by APPLICANT (अर्शक द्वारा घोषणा):

- 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 (Till I leave for re-education/employment).
 - 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, seek 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 हैं। यदि कोई झूठा बयान एवं कथन जमाव पत्र प्राप्त है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जायेगा, जो इस प्रारूप में माग किया है।
 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं सहायता हेतु एक प्रार्थना कर रहा हूँ, उस राशि का अधिक या सबका हिस्सा किसी अन्य संगठन/निर्माता/बीमा कम्पनी से न माग लिया है और न ही भविष्य में मागूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा करार):

- 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/projects/ventures. 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.
- 1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली के छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके त्रुस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में प्रेषित है, उसे "कोशिका" द्वारा, पत्र, साक्षात्कार, दूरदर्शन से सुदूर परिसरों और उपलब्धियों के लिए किये जा सकने वाले प्रचार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे स्वास्थ्य के खतरे या हानि से बचने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व अन्य अधिकृत है।
 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है सुदूर परिसरों, सहायता का हकदार नहीं बनता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा किये जा सकने वाले प्रचार माध्यमों का निर्णय अंतिम और सहायकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान

नेमकुली

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

By affixing hereunder, a 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 especially 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से यहाँसे हमें "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सरकारी संस्थान या किसी अन्य संगठन से उक्त रोगी/रोगी के लिए माग की जायेगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/प्रतिनिधि तक के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अधिकृत/अनुमति हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो आवश्यक किताबें अन्य स्रोतों से माग की जा सकती हैं। इस प्रारूप में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता वित्तीय मदद उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और सरकारी संस्था या किसी अन्य संगठन से नहीं लेना/लेनी।
 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा ही सब सहायता व बिना किसी अन्य उपाय/प्रक्रिया का सुचारु तरीके पर हस्पताल जो बीच का विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रेषित प्रचार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुधारा और जाने जाने की सारी जिम्मेदारियाँ पूरी एवं सहायता की जाती है और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारियाँ इस मामले में नहीं होंगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
 स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery / ऑपरेशन की तारीख: **13/01/20**
 Reg No - **600211**
 Time: _____ Date: _____
 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
 डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

[Signature]
 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
 नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी



FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामों हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामों हस्ताक्षर 2
<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>