

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. आवेदन संख्या: V/0220/1134 APPLICATION DATE आवेदन तिथि: 03-02-20

NAME OF APPLICANT: आवेदक का नाम: Uranga Devi AGE-YEARS आयु-वर्ष: 65 SEX लिंग: F

FATHER/SPOUSE'S NAME: पिता/सहस्रुत का नाम: Shiv Chaturan

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान अलासीय का Vill. Thonanthu, Post Thonanthu, Taluk Mahavan

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई अलासीय का DIST- Madhavur, W.P. 201301

same as Above



Post op Post op (1134) Uranga Devi

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

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय: 1850/- (Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न): NA

PAN No. स्याई खल संख्या

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

FAMILY DETAILS परिवार विवरण				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) आयु (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध
1	<u>Ravi Singh</u>	<u>66</u>	<u>M</u>	<u>HUSBAND</u>
2	<u>Kamlesh</u>	<u>38</u>	<u>F</u>	<u>DAUGHTER IN LAW</u>
3	<u>Rakesh</u>	<u>38</u>	<u>M</u>	<u>SON</u>

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

BPL Card (Attach Copy) गरीबी रखा के तौर प्रमाण पर (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) रसयोजना कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे नये निशानों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई इतिवदन सूची संलग्न
	<u>RF - JMSC</u>
	<u>LE - P.P</u>
	<u>SURGERY - (RF) SURGERY FOR</u>

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES: इस उद्देश्य के हेतु जारी 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 AWAILED ले गई सहायता राशी
1	<u>SCFH</u>	

**DECLARATION by APPLICANT (अर्शक द्वारा कथन):**

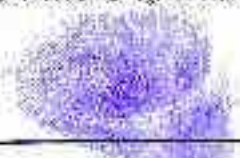
- I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for suspension/revocation.
- I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose" as stated in IHB Form, for which such assistance was requested by me.
- I hereby confirm that I have not & will not in future, seek other financial assistance from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- मैं प्रकृत कथन है कि इस प्रकार में विवेक एवं समीक्षा पूर्व प्रत्येक की अनुमति एवं सहमति है। यदि कोई विषय एवं कथन अलग प्रमाण प्राप्त है तो यही प्रमाण विचार की जा सकती है।
- मैं इस बात का आश्वासन देता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", मेरी मदद करेगी है। इसके अलावा इसी उद्देश्य की पूर्ति के विवेक व उपयोग के इस प्रकार में प्राप्त किया है।
- मैं यकीन रखता हूँ कि मैंने कभी भी इस प्रकृत की मदद को किसी अन्य स्रोत/निर्धारक/बचत कम्पनी से नहीं माँगा है और न ही भविष्य में तुंगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कथन)**

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print/photocopy/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but not limited to various 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.
- 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 constitute liability 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.
- इस प्रकार में अपने हस्ताक्षर या अंगुली के छाप लगाकर मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ इस "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायोधी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विषय इस प्रकार में वर्णित है, उसे "कोशिका" एम्बुलेंस नामी, दान, प्रकाशना द्वारा उद्देश्य से मुझे विविध माध्यमों और साधनों के लिए किसी भी प्रकार का प्रचार प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। वे प्रचार का विषय मेरे हस्ताक्षर के अलावा या बाद में मदद के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से नामी अधिकृत है।
- मैं (आवेदक) इस बात में सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को उद्देश्य से प्रचारित करने के लिए "कोशिका" एम्बुलेंस नामी द्वारा प्रचारित किया जा सकता है। इस प्रचार में "कोशिका" एम्बुलेंस नामी विविध माध्यमों और साधनों का उपयोग करेगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या बाएं की निशान



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

- By affixing my/our signature of our Authorized 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 seek, 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, we (Hospital) reserve the right to make up the shortfall from another NGO or any other source. This confirms an essentialy 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/condoned 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, कर्मचारी की ओर से समर्थन/सिफारिश को "कोशिका फाउंडेशन" से विवेक वसाधन हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रस्तावित करते हैं।
  - यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विविध माध्यमों द्वारा किसी भी प्रकार से मदद अन्य स्रोत से एक ही रोगी/रोगी के लिए माँगा है, जैसे कि हम "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय/वित्तिय मदद के अलावा मैं "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विवेक वसाधन हेतु अनुमति नहीं दिया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता/सिफारिश को प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल विवेक वसाधन हेतु एक ही रोगी/रोगी के सहायता प्रस्ताव को किसी अन्य स्रोत से नहीं माँगा/सिफारिश।
  - "कोशिका फाउंडेशन" से मदद के अलावा केवल वित्तिय प्रकृत की ही मदद पर हस्पताल द्वारा कोई भी सहायता या किये जाने सहायता/प्रक्रिया का सुझाव नहीं है। हस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी भी प्रकार की मदद प्रस्तावित नहीं है। इसलिए हस्ताक्षर में सहायता प्रस्ताव और जाने जाने की सारी जिम्मेदारियाँ हस्ताक्षर को होती हैं और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारियाँ इस प्रकृत में नहीं हनी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

*Dr. Priya Agrawal*

हस्ताक्षर के लिए संस्तुति



Date of Surgery  
अपरेशन की तारीख  
**04-02-20**

M.B.B.S., M.S. Ophthalmology  
Reg. No. - 68417

Time..... Date.....

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व तारीख

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)

हम पर उद्देश्य हेतु अधिकृत अधिकारी

**FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION**

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
न्यायोधी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
न्यायोधी हस्ताक्षर 2

*Safaryal*

*Dr. P. E.*