

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

APPLICATION No.: V10220/1138 APPLICATION DATE: 03-02-20  
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Vindradevi AGE-YEARS: 57 SEX: F  
आवेदक का नाम आयु-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Bhagwan Das  
पिता/पति का नाम



Pre op Post-op  
(1138) Vindradevi

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: H. No. 139, Vill Roady, K. Sardahood  
DISTT- Mathura, U.P. 201301  
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: Same as Above.

OCCUPATION: Home Maker MARRIED (निवाहित) / UNMARRIED (अनिवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 22000/- (Attach Proof of Income) NA  
कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न) (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. साई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No  
क्या आप आय कर चुकाते हैं (जो मान्य हो उस पर तिकी का चिह्न लगाएं) हाँ / 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 का साथ संबंध
1	Jyvanar Singh	60	M	HUSBAND
2	Vinay Kumar	41	M	Son
3	Reeta	39	F	Daughter in law
4	Sanjay	19	M	Grand Son
5	Kullesh	14	M	"
6	Vinay	10	M	"

BASES for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
सहायता के लिये निम्नलिखित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबों के खाते के नोट प्रमाण पर (प्रमाण पर की प्रतियां प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतियां प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोगिका कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतियां प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किसे गये विनाश का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE - JMSC
	LE - JMSC
	Surgery - (LE) SACS + 30L

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	SCEH	

**DECLARATION by APPLICANT (अर्शक द्वारा प्रमाण देना):**

- 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 applicable, as void and null.
  - I hereby 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, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company of the amount for which the assistance is being requested.
- 1) मैं यहाँ प्रमाण देता हूँ कि इस प्रमाण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा कथन देया गया होगा तो मैं पूर्ण स्थायी विरक्त की जा सकती हूँ।  
 2) मैं यहाँ प्रमाण देता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से जो सहायता मिलेगी, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रमाण में प्रमाणित है।  
 3) मैं यहाँ प्रमाण देता हूँ कि मैंने न तो अब तक और न भविष्य में किसी अन्य स्रोत/रोजगारकर्ता/बीमा कम्पनी से न तो पूरा और न ही आंशिक रूप से सहायता प्राप्त की है।

**AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा सहमत):**

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use my photo & 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 conditions for Koshika Foundation and/or disseminating information about its activities/commitments. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment/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, shall automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The details for availing 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 प्रमाण पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठी के छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण इस प्रमाण में प्रमाणित है, उसे "कोशिका" एवम् नामों, रूप, स्वरूप तथा उद्देश्य से मुझे वित्तियार्थी और उपलब्धि के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है।  
 2) मैं (अर्शक) इस पर भी सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता को उद्देश्यों से प्राप्ति हेतु सहायता प्राप्त करने का अधिकार नहीं बनाया इस संबंध में "कोशिका" एवम् उसके ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**  
 अर्शक के हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा सहमत):**

By affixing hereunder 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 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.
- The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure adopted/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 करने वाले से सहायता देने को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।  
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी और सहायता संस्थान या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/अर्शकित उक्त के माध्यम से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनियमित/अप्रदानित हेतु सहायता नहीं मिलती है तो हस्पताल किसी अन्य सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता स्रोत का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में साथ प्रमाणित है कि अस्पताल वित्तिय मदद, उक्त सहायता हेतु किसी भी प्रकार की माध्यम या किसी अन्य माध्यम से नहीं प्राप्त होगी।  
 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो सहायता प्रदान की जाएगी, वह केवल वित्तिय सहायता ही है। यहाँ पर हस्पताल द्वारा ही चिकित्सा के लिये गये उपचार/उपचार का चुनाव होगा एवं हस्पताल न तो पूरा और न ही आंशिक रूप से सहायता प्राप्त करेगा। अर्शक को सहायता प्राप्त करने की सारी जिम्मेदारियाँ हस्पताल की होंगी और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारियाँ इस संबंध में नहीं होंगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख	<p><i>Dr. Priya Agrawal</i>                  M.B.B.S. M.S. Ophthalmology                  Reg. No. - 69417                  Time..... Date.....                  (Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp)                  डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व तारीख</p>	<p>(Name, Designation &amp; Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)                  नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी</p>
------------------------------------	--	---

**FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION (अर्शक द्वारा प्रमाण देना):**

SIGNATURE of TRUSTEE 1 रक्षक संस्था 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 रक्षक संस्था 2