

VRN-C-20-02-0003

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. अवेदन संख्या: U/0220/1159 APPLICATION DATE अवेदन तिथि: 10-02-20

NAME of APPLICANT आवेदक का नाम: Anguri Devi AGE-YEARS आयु-वर्ष: 25 SEX लिंग: F

FATHER/SPOUSE'S NAME पिता/ससुराल का नाम: No. Jadhavkar



Row of Post of (1159) Anguri Devi

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता: Ladpur, Jalalpur, Sahajadpur

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता: DIST- HATHRAS U.P. 204101

OTHER RESIDENCE ADDRESS अन्य आवासीय पता: same as above

OCCUPATION व्यवसाय: Home Maker MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): UNMARRIED
TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय: 22000/- (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न): NA

PAN No. स्वयं छात्र संख्या: NA
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर लकीर का चिह्न लगायें): Yes / No हा / नहीं हा नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	<u>Uday Deek</u>	<u>28</u>	<u>M</u>	<u>Husband</u>
2.	<u>Amli</u>	<u>03</u>	<u>M</u>	<u>son</u>
3.	<u>Jadhavkar</u>	<u>02</u>	<u>M</u>	<u>son</u>

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) उच्च आय वर्ग प्रमाण पत्र (उच्च आय वर्ग की छापी प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (उपभोक्ता वर्ग की छापी प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	--	--

PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विधि का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	<u>RF - JMSC</u>
	<u>LE - JMSC</u>
	<u>surgery - (RE)ICST JOL</u>

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME *PURPOSE* from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कौन 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
<u>1</u>	<u>SCFH</u>	

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा घोषणा):

- I hereby declare that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ensuing assistance if granted, liable for rejection/revocation.
- 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 or receive insurance, in particular, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which the assistance is requested.
- मेरे द्वारा कला है कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरे जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहयोग निधि को वापस कर दिया जायेगा।
- मेरे द्वारा मैं स्थापना को "कोशिका फाउन्डेशन", से ही तो रहा है। इसके अन्तर्गत सभी खर्च को पूर्ण से निभे किया जायेगा, जो इस प्रश्न में माया गया है।
- मेरे द्वारा कला है कि मैं किसी भी प्रकार से, इस मदद को, किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न माया निभा है और मैं को अधिक में नहीं।

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 its Trustees to use/print/Out-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/charitable events. Such use of my photo & data is 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 authorize 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली के छाप लगाकर मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके त्रुस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में उल्लिखित हैं, उन्हें "कोशिका" द्वारा स्वयंसेवकों, दान, सहायता द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपस्थितियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रचारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इलाके के रहने या जाने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से स्वयंसेवकों को अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण में किसी भी उद्देश्य से उल्लिखित हैं, मुझे तथा: सहायता का हकदार नहीं बनना इस प्रश्न में "कोशिका" द्वारा स्वयंसेवकों का निगम और सहायता के लिए।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुली के 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:

- 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 particular, 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 NGO or any other source.
- The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/announced 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 हस्ताक्षरों को अंगुली के निशान लगाकर मैं "कोशिका फाउन्डेशन" से निधि माया करने के लिए सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निधि प्रसार में माया न स्वीकार करते हैं।

1) वह कि मैं न तो वर्तमान और न ही भविष्य में भविष्य सहयोग किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी से ली जायेगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निधि के माया में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद से ही है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता, निधि अधिकतरकृत से मन्तु नहीं किया जाता है तो हमारा किसी अन्य स्रोत से सहायता लेना या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट करा जाता है कि अस्वास्थ्य इलाज करने तक रोगी/रोगी से किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेया/लेती।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल निधि प्रदान करती है। रोगी का इलाज या मेरे एक अंगुली या निधि में सहायता/प्रक्रिया का सुचारु रूप से चलना या रोगी का निधि है और "कोशिका फाउन्डेशन" को किसी भी प्रकार के कोई दायित्व नहीं है। इलाज में हस्ताक्षर मेरे रोगी के इलाज सुझा और जाने जाने को मेरी जिम्मेदारी है। इस हस्ताक्षर को देती और "कोशिका" को कोई दायित्व या जिम्मेदारी इस प्रकार से नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वास्थ्य के लिए संस्तुत

Date of Surgery अपराधन की तारीख 10-09-20	Dr. Priya Agrawal M.B.B.S, MS Ophthalmology Reg. No - 58417	[Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital] नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
	Time..... (Name of Dr. & Regir. No. with Stamp) राष्ट्र का नाम व हस्ताक्षर व तिथि व	



FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 पहले हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 दूसरे हस्ताक्षर 2