

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	 Koshika Foundation KOSHIKA CHARITABLE TRUST	
APPLICATION No.: आवेदन क्रमांक: V/1220/0228		APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: 09/12/20		
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम: Heera Devi		AGE-YEARS आयु-वर्ष: 63	SEX लिंग: F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कथन का नाम: Amit Singh				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: <small>जहाँपान आवासीय पता</small> Nagla main patti down, Post Bastoi, Nagla main patti down, Bastoi, Distt Hathras, U.P. 204215				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: <small>स्थाय आवासीय पता</small> Same as above				
OCCUPATION: व्यवसाय: Home Maker		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित):		
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय: 2000/- (Family)		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न): NA		
PAN No. <small>आय हेतु प्राप्त संख्या</small>				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न का निशान लगायें): Yes: No: <input checked="" type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>				
FAMILY DETAILS: <small>परिवार विवरण</small>				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1	Syprabod Singh	64	M	Husband
2	Inqurav	34	M	Son
3	Sudhir	31	M	
4	Anuradha	33	F	Daughter in law
5	Bhram Lata	27	F	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए निम्न आधार:				
BPL Card (Attach Card Copy) <small>पोली रेड के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)</small>	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) <small>अन्य आय को प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)</small>	Ration Card (Attach Copy) <small>उपभोजन कार्ड (उपभोजन पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)</small>	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
*PURPOSE* for REQUESTING ASSISTANCE सहायता हेतु किस उद्देश्य के लिए का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached जसताल-दोस्तर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
	RE - P.P.			
	LE - Total Contact			
	Surgery - (LE) STCS + TOL			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME *PURPOSE* from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लिये गई सहायता राशि		
1	DBCS	2000/-		



Paste Photo Here  
Preop Postop  
(0220) Heera Devi

**DECLARATION by APPLICANT (अर्थक द्वारा कथन है)**

- I hereby confirm that all contents in this form are true to the best of my knowledge. Any false statement will render my application & doctor's assistance liable for rejection/cancellation.
  - I solemnly confirm that assistance provided 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 any form but from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ कथन करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं, वगैरे कोई कथन एवं कथन असत्य कथन कथन है तो मैंने वास्तविक विवरण को जो एकता है।  
 2) मैं यहाँ का कथन करती हूँ कि मैंने वास्तविकता से ही जो भी पैसे हैं, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में कहा गया है।  
 3) मैं यहाँ कथन करती हूँ कि मैंने वास्तविकता से ही जो भी पैसे हैं, उसका उपयोग किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ली लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use digital/scan-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 or otherwise for Koshika Foundation and/or disseminating information about it's activities/programs. 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 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.
- इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (अर्थक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कॉशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और बाकी विवरण इस प्रश्न में उल्लिखित हैं, उन्हें "कॉशिका" द्वारा अपने, दान, वसूली/दान करने के लिये उपयोग में ली जा सकती है और उपयोग में ली जा सकती है।  
 2) मैं (अर्थक) और सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी उद्देश्य के लिये उपयोग में ली जा सकती है और उपयोग में ली जा सकती है।  
 3) मैं (अर्थक) और सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी उद्देश्य के लिये उपयोग में ली जा सकती है और उपयोग में ली जा सकती है।

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

अर्थक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



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

- By affixing hereunder signature of our Authorized Signatory for recommending this case/application 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 course 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.

- अर्थक अधिकृत, हस्ताक्षर को और अपने-पक्षों को "कॉशिका फाउंडेशन" से निम्न उद्देश्य के लिये वसूली को जारी है, किन्तु हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता देते हैं।
- यह कि न तो हमें वर्तमान और न ही भविष्य में किसी भी उद्देश्य के लिये वसूली उपलब्धता या किसी अन्य स्रोत से उच्च उपचार/उपचार के लिये या लगे हैं, जैसे कि हमें "कॉशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/निर्देश प्राप्त करने के लिये "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद ली जा रही है। यदि "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा उद्देश्य निरवधि/असफल है, तब भी हमें अपना पूरा उत्तरदायित्व निभाने के लिये वसूली करना है।
  - "कॉशिका फाउंडेशन" से जो भी मदद/उपचार प्राप्त किया जाता है, उसका उपयोग केवल वसूली के लिये ही किया जा सकता है। हमें अपने-पक्षों को वसूली के लिये उत्तरदायित्व निभाने के लिये वसूली करना है और "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा किया गया कोई भी वसूली नहीं है। हमें अपने-पक्षों से वसूली के लिये उत्तरदायित्व निभाने के लिये वसूली करना है और "कॉशिका फाउंडेशन" से वसूली के लिये उत्तरदायित्व निभाने के लिये वसूली नहीं है।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृती के लिये संस्तुति

Date of Surgery अपरेशन का तारीख  10/12/2019	DR. SACHIN SHARMA (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व रजिस्ट्रेशन नं. एवं छाप	(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	--	--

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

SIGNATURE of TRUSTEE 1 वार्डन संस्था 1  	SIGNATURE of TRUSTEE 2 वार्डन संस्था 2  
---	---