

017/07/0229

# APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

**Koshika**  
foundation

Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

017/07/0130

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

28/7/17

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Radha devi

AGE-YEARS आयु-वर्ष

76

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/सहोदर का नाम

Daya Krishan

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Chandawar mandir ke Samne Gheradham, Mathura  
UP 281502

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION :

व्यवसाय

House wife

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें) NA

PAN No. स्पष्टीकरण संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगावे)

Yes / No

हां / नहीं

## FAMILY DETAILS परिवार विवरण

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्य का नाम | Age (years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ सम्बन्ध |
|------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-------------------------------------------------|
| 1                      | Daya Krishan                                    | 80                         | M              | Husband                                         |
| 2                      | Radha                                           | 76                         | F              | Self                                            |
|                        |                                                 |                            |                |                                                 |
|                        |                                                 |                            |                |                                                 |
|                        |                                                 |                            |                |                                                 |
|                        |                                                 |                            |                |                                                 |
|                        |                                                 |                            |                |                                                 |
|                        |                                                 |                            |                |                                                 |
|                        |                                                 |                            |                |                                                 |
|                        |                                                 |                            |                |                                                 |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए निम्न आधार

|                                                                                                              |                                                                                                                      |                                                                                             |                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रक्षा के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | EW'S Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोगकर्ता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Any Other<br>Basic Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये किल्ली का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अवकाश/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |
|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
|                        | RF - <del>Left</del> Tms                                                                   |
|                        | LE - PP                                                                                    |
|                        | Surgery - LRS with IOL (RF)                                                                |
|                        |                                                                                            |
|                        |                                                                                            |
|                        |                                                                                            |
|                        |                                                                                            |
|                        |                                                                                            |
|                        |                                                                                            |

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.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>लिये गई सहायता राशि |
|------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
|                        | SCFI                                      |                                                           |
|                        |                                           |                                                           |
|                        |                                           |                                                           |
|                        |                                           |                                                           |
|                        |                                           |                                                           |

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा पत्र:**

- 1) 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 rejection/cancellation.
- 2) 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.
- 3) 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 this assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ पर कबल यह कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सच और सही हैं। यदि कोई विवरण सच नहीं माना जाय तो मेरी आवेदन पत्र को खारिज कर दिया जा सकता है।
- 2) मैं यहाँ पर घोषणा करती हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से रही जो भी है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में माग गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कबल यह कि मैं भविष्य में इस प्रारूप की मदद से, इस रोग के उपचार या सहायता जिसका किसी अन्य फोन्ड/रोक/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा कबल)**

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/put-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 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.

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 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 की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी छान्दनी की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् ट्रस्टी, सच, सचकार/का द्वाारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा का विवरण मेरे द्वारा के पत्रों या पत्र में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से प्रसारित अधिकृत है।

2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं बनाता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवम् उसके ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

आवेदनक की हस्ताक्षर या अंगुली का चिह्न

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

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:

1) 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 essentially states that the Hospital will not avail any duplicate assistance for the same patient/case from any other NGO or any other source.

2) 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मागसेदारों को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) सिर्फ उन्पर से मान्य न स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में भविष्य सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उन्पर रोगी/प्राप्त होने का से यह है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/प्राप्ति उन्पर के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा माग हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी शर्तिका/संस्थान हेतु मन्जूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल पूर्णतः सच, उन्पर रोगी/प्राप्त हेतु किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही यह सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किसी गैर उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी, गैर हस्पताल को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के द्वारा सुरक्षित और अन्य स्रोतों की सारी जिम्मेदारी रोगी ही हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई दृष्टिकोण या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संरक्षित

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख

29/8/17

Dr. Ashwini Kumar  
MBBS MS FICO  
Reg. No. 68028  
Time  
Date

(Name of Dr. & Regn. No. With Stamp)  
डॉक्टर का नाम व पताकार व दिनांक

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory  
on behalf of Hospital)  
नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

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

SIGNATURE of TRUSTEE 1

माली हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

माली हस्ताक्षर 2