

C1886/8/17

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


**Koshika**  
 foundation  
 Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

E/0817/147

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

30/8/12

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Santosh

AGE-YEARS जन्म-वर्ष

60

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

Sonal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

Village- Sabga

Tehsil- Baraut

District - Baraut

Uttar Pradesh

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

- on above -

Preop  
147Postop  
Santosh

OCCUPATION:

व्यवसाय

Housewife

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

40,000/- family income

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

NA

PAN No. स्थायी आयकर संख्या

NA

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

क्या आप आयकरदाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

Yes/No

हां/नहीं

## FAMILY DETAILS परिवार विवरण

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक से संबंध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-------------------------------------------|
| 1.                     | Nikamal                                           | 40                         | M              | Son                                       |
| 2.                     | Krishanpal                                        | 37                         | M              | Son                                       |
| 3.                     | Bateswar                                          | 34                         | M              | Son                                       |
|                        |                                                   |                            |                |                                           |
|                        |                                                   |                            |                |                                           |
|                        |                                                   |                            |                |                                           |
|                        |                                                   |                            |                |                                           |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए चिह्नित आधार

|                                                                                                             |                                                                                                                   |                                                                                           |                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेषा से नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>आय आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Nation Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोक्ता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई प्रमाण |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये चिह्नों का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई इलिवरेन सूची संलग्न |
|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.                     | Diagnosis- RE- HMSC<br>IE- HMSC                                                            |
| 2.                     | Surgery- IE - STCT + IOL                                                                   |

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>की गई सहायता राशि |
|------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 1.                     | Venu                                      |                                                         |

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदन दान करने पर:**

- 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 कह रहा हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जायेगा तब यह बात है कि मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर यकीनपूर्वक कह रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिलेगी, उसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही प्रयोग किया जायेगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि मैं किसी भी अन्य स्रोत से इस सहायता के लिए या भविष्य में इस सहायता के लिए किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न तो रिफंड करूँगा और न ही स्वीकार करूँगा।

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

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-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 its 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 फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या बायाँ की उंगली का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ पर सहमत हो रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे उद्देश्य का विवरण इस फॉर्म में जोड़ सकेंगे, उसे "कोशिका" द्वारा यादगार, दूर, संचारण के द्वारा इत्यादि से चुनने के माध्यमों से प्रसारित कर सकते हैं। इस फॉर्म पर मेरे नाम, पता, फोटो और मेरे उद्देश्य का विवरण कोशिका फाउंडेशन के द्वारा यादगार, दूर, संचारण के द्वारा इत्यादि से चुनने के माध्यमों से प्रसारित किया जा सकता है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण कोशिका फाउंडेशन के द्वारा यादगार, दूर, संचारण के द्वारा इत्यादि से चुनने के माध्यमों से प्रसारित किया जा सकता है। इस फॉर्म पर मेरे नाम, पता, फोटो और मेरे उद्देश्य का विवरण कोशिका फाउंडेशन के द्वारा यादगार, दूर, संचारण के द्वारा इत्यादि से चुनने के माध्यमों से प्रसारित किया जा सकता है।

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

आवेदक का हस्ताक्षर या बायाँ की उंगली का छाप

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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:

- 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 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.
- 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हम यहाँ पर सहमत हो रहे हैं कि हम (हस्पताल) किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता के लिए या भविष्य में इस सहायता के लिए किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न तो रिफंड करूँगे और न ही स्वीकार करूँगे।

- 1) यह कि न तो हम (हस्पताल) और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता के लिए या भविष्य में इस सहायता के लिए किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न तो रिफंड करूँगे और न ही स्वीकार करूँगे।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त की गई वित्तीय सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपचार का चुनाव और/या प्रक्रिया का चुनाव केवल रोगी और डॉक्टर के बीच का फैसला है और "कोशिका फाउंडेशन" इस फैसले को प्रभावित नहीं करेगा। इसलिए हस्पताल को रोगी के उपचार के लिए पूर्ण ज़िम्मेदारी होगी और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख

31/8/17

DR. WANGCHUK DOMA

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

डॉक्टर का नाम व इलाका का छाप

DR. ANUSHEK B. DAGAR

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

हस्पताल के प्राधिकृत अधिकारी का नाम, पद और छाप

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 1

प्राथमिक हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

प्राथमिक हस्ताक्षर 2

*[Signature]*

*[Signature]*