

C2225/10/18

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: आवेदन संख्या: **E10111/0222** APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: **31/10/18**

NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम: **Shanti** AGE-YEARS आयु-वर्ष: **60** SEX लिंग: **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/सहोदर का नाम: **Mahar Singh**

Village: **Rathoda** Tehsil: **Baraut**

Dist: **Baghpat** District: **Uttar Pradesh**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवास का पता: **as above**



Preop 222 Postop Shanti

OCCUPATION: व्यवसाय: **labour** MARRIED (दिलखित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय: **36000/-** (Attach Proof of Income) (आय का सबूत संलग्न): **NA**

PAN No. सवाई खाता संख्या: **NA**

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर तिकी चक निशान लगायें): Yes No

| 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 के साथ सम्बन्ध |
| 1. | Satender | 37 | M | son |
| 2. | Vijender | 34 | | |
| 3. | Bagat | 30 | | |
| 4. | Vinay | 25 | | |
| Two Daughter's | | | | Married |

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

| | | | |
|--|--|---|-------------------------------------|
| BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Ration Card (Attach Copy) राशनकार्ड कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत |
|--|--|---|-------------------------------------|

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

| Sr. No. क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |
|---------------------|---|
| 1. | Diagnosis RE- IMSC LE- IMSC |
| 2. | Surgery RE- OESOPHAGITIS |

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किन्हीं अन्य स्रोतों से लिये गया है?

| Sr. No. क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशी |
|---------------------|--|--|
| 1 | Venu | |

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा यह:

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिले, उसे केवल उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रारूप में सूचित किया गया है।
 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु यह प्रारूप भेज रहा हूँ, उस प्रति का अधिक या समकाल विवरण किसी अन्य प्रोवेंडोर/रोक/बीमा कम्पनी से न ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा सहमत)

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 fulfilment 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 is this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रारूप पर अपनी हस्ताक्षर या बाएँ हाथ की अंगुली का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने नाम, पता, फोटो/छाप एवं उद्देश्य के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" और उसके ट्रस्टियों "को" अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रेषित करें, जो "कोशिका" फाउन्डेशन, चर, चर/चर/चर द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सहायता को प्रेषित करने के लिये अधिकृत है। मेरे नाम का विवरण मेरे उद्देश्य को पूरा करने या मदद करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त सहायता को जारी रखने के लिये प्रयोग करने में "कोशिका" फाउन्डेशन, चर, चर/चर/चर द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सहायता को प्रेषित करने के लिये अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक का हस्ताक्षर या बाएँ हाथ का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा सहमत)

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 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.

इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की और से हमारे/होस्पिटल को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता से प्राप्त की जायेगी, जब तक कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता प्राप्त न हो। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जाती है, तो हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखना है। इस प्रारूप में सहायता प्राप्त करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखना है। इस प्रारूप में सहायता प्राप्त करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखना है।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपचार का चुनाव करने का अधिकार/प्रक्रिया का चुनाव करने का अधिकार के बीच का विवाद है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी उपचार का कोई दखल नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को उपचार सुझा और उसे करने को पूरी जिम्मेदारी होगी और "कोशिका" को कोई भी जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

| | | |
|---|--|--|
| Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 1/11/18 | DR. WANKHEDKAR SOMA Consultant VENU EYE AND LASER CENTRE 1/31, | INDIA JOSHI Managing Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) ... |
|---|--|--|

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

| | |
|--|--|
| SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर 1 | SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2 |
| | |