

C10/12/0170

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building Block of life.

APPLICATION No. /
आवेदन संख्या :

V/1210/0090

APPLICATION DATE /
आवेदन तिथि

10/12/018

NAME of APPLICANT /
आवेदक का नाम

Ramwati Devi

AGE-YEARS आयु-वर्ष

68

SEX लिंग

F

FATHER/SPOUSE'S NAME /
पिता/सहृदय का नाम

Dr - Harchand

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवास का पता

H.No - 11/35, Chander Nath, Chhaya Mandi
Post - Mathura, U.P. 281001

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवास का पता

Same as above

OCCUPATION /
व्यवसाय

House wife

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME /
कुल वार्षिक आय

NA

(Attach Proof of Income)
(आय का सबूत संलग्न करें)

NA

PAN No. पैन संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable)
क्या आप आय का दाता हैं (को मानें जो इस पर सही का चिह्न लगाएँ)

Yes / No
हाँ / 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 से क्या संबंध
1	Lahu Nayal	18	M	Husband
2	Omprakash	37	M	Son

BASES for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये किन्हीं आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबों रोज़ा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
--	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे करने किन्हीं का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिलिपि सुची संलग्न
	1E - TMAC
	1G - TMAC
	Surgery - 1E SCS + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किन्हीं अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED एक नई सहायता राशि
1	SCCH	



Preop Postop

(0090) Ramwati Devi

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा घोषणा करें)

- 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 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 प्रस्ताव में दिये गये सभी विवरण, मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं/वाला असत्य पाया जाता है तो मेरी प्रार्थना निरास की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रस्ताव में बताया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी प्रकार से या भविष्य में पूर्णतः, किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ही किसी भी मदद की मांग करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा सहमति)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its 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 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 प्रस्ताव पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की पूर्ति करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रस्ताव में दिये हैं, उसे "कोशिका" द्वारा, मंच पर, दूरदर्शन, दूरभाष, पत्रिकाओं और अन्य माध्यमों से प्रसारित करने के लिये उपयोग करे। इस प्रकार का प्रसारण मेरी उपचार या उद्देश्य के पूर्णतः पूर्ण होने से पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि प्रस्ताव में दिये हैं, उनसे मेरी मदद के लिये प्रयोग नहीं किया जा सकता। इस मामले में "कोशिका" द्वारा दिये गये निर्णय और कार्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमति)

- 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 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 this matter.
- इस प्रकार, हमारे अधिकृत हस्ताक्षर की ओर से, हमारे हॉस्पिटल को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हमारे हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) कि हम न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार की संस्था या किसी अन्य स्रोत से इस रोगी/रोगी के लिये या लगे रहें, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त की संस्था में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अधिकृत/स्वीकार हेतु, सहायता नहीं मिलती तो हमें अन्य स्रोतों से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दस्तावेज के अंतर्गत हम घोषणा करते हैं कि हमारे हॉस्पिटल द्वारा रोगी के उपचार के लिये हमारे हॉस्पिटल को ही पूर्ण ज़िम्मेदारी होगी।
 2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का उपचार हमारी ही है और हमारे हॉस्पिटल का निर्णय ही है। इसलिए हमारे हॉस्पिटल में रोगी के उपचार हेतु और अन्य बातों की पूर्ण ज़िम्मेदारी हमारे हॉस्पिटल और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिये सिफारिश

Dr. Ashwini Kumar

MBBS MS FICO

Reg. No. 66028

Time

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

हस्ताक्षर का नाम व इलाका व रजि. नं.

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

नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

आवेदक 1

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2

आवेदक 2

[Signature]