

C10/12/0314

Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No. / आवेदन संख्या : 4/1218/0937		APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : 17/12/18	
NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम : Saroj Devi		AGE-YEARS / आयु-वर्ष : 48	SEX / लिंग : F
FATHER/SPOUSE'S NAME / पिता/पति का नाम : Dr - Bheem Singh			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवास पता : Main, Teh - Sadabud			
DISTRICT / जिला : Dist - Hathras, U.P., 281302			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी निवास पता : Same as above			
OCCUPATION / व्यवसाय : House wife		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक आय : N/A		(Attach Proof of Income) / (आय का साक्ष्य संलग्न) : NA	
PAN No. / आय का स्रोत संख्या			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर चिह्न लगाएं) : Yes / No हाँ / नहीं ✓			
FAMILY DETAILS / परिवार विवरण			
Sr. No. / क्रम संख्या	Name of Family Member / परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) / उम्र (वर्ष)	Gender / लिंग
1.	Kamveer Singh	53	M
Relation with Applicant / आवेदक से संबंध : Husband			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / सहायता के लिए निम्न में से एक चुनें			
EPL Card (Attach Card Copy) / एप्लोका कार्ड (अप्लोका कार्ड के साथ प्रमाण दें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / आय 20% से कम (अप्लोका कार्ड के साथ प्रमाण दें)	Ration Card (Attach Copy) / उपभोक्ता कार्ड (अप्लोका कार्ड के साथ प्रमाण दें)	Any Other Basis/Proof / अन्य कोई प्रमाण
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: / सहायता हेतु निम्न में से एक चुनें			
Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रमाणित दवाइयाँ		
	RE - tmc		
	LE - MSC		
	Surgery - (IE) SIC3 + IOL		
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त क्या हो?			
Sr. No. / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / जो नई सहायता मिलेगी	
1.	SCCH		



Preop Postop

(0937) Saroj Devi

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शिका फाउंडेशन के लिए)

- 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 cost for which this assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिए गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इससे घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में माया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस सहायता से मुझे पर भुगतान की नहीं है, उस भुगतान का अधिकार या जमाना किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न हो सके है और न ही भविष्य में होएगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शिका फाउंडेशन के लिए)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print/photocopy 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली का निशान देकर, मैं (अर्शिका) यहाँ घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन" और इसके ट्रस्टियों को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में जोड़ दिए जा सकते हैं, जो "कोशिका" द्वारा किसी भी माध्यम, यहाँ, यहाँ तक कि मुझे सहायता देने के लिए निर्दिष्ट उद्देश्य और उद्देश्यों के लिये किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रसारित करने में लिए अधिकृत हैं। मैं इसका अर्थ है कि इसका उपयोग करने के बाद मैं अपने नाम को "कोशिका फाउंडेशन" के लिये अधिकृत करता हूँ।
- 2) मैं (अर्शिका) इससे घोषणा करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रसारित हैं, मुझे सहायता का अधिकार नहीं दिलाते। इस मामले में "कोशिका" द्वारा इसके ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शिका के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल के लिए)**

- 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 the matter.

- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की और से घोषणा करने की "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्य न स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार से हमारे पास या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी क्योंकि हमें सहायता देने के लिए माया है, जैसे कि हमारे "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/निर्देशित करने के माध्यम से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा माया हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता निर्दिष्ट अधिकृत/निरस्त हेतु अनुरोध नहीं किया जाता है तो हमारे पास किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा में स्पष्ट कहा जाता है कि हमारे पास वित्तीय मदद प्राप्त होगी/नहीं होगी हेतु निर्णय लेने का अधिकार सुरक्षित रहेगा।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता वित्तीय प्रकृति की है। हमारे पास हमारे द्वारा माया के लिए माया के निर्णय पर उपचार/प्रक्रिया का चुनाव होगा एवं हमारे द्वारा माया का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा निर्दिष्ट प्रक्रिया का कोई प्रभाव नहीं है। हमारे पास सहायता से हमारे को उपचार प्रदान करने के लिये माया की जाती है और "कोशिका" को कोई भुगतान या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

अर्शिका के लिए स्वीकृति

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

Date of Surgery

ऑपरेशन की तिथि

18/12/18

Dr. Ashwini Kumar

MBBS MS FICO

Reg. No. 66028

Time

Date

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

हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व तारीख

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अर्शिका फाउंडेशन के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 1

जारी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

जारी हस्ताक्षर 2