

C10/12/0314



APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
 (आरोग्य देखभाल)

APPLICATION No. / आवेदन क्रमांक : V/1218/0937 APPLICATION DATE / आवेदन दिनांक : 17/12/18

NAME of APPLICANT / आवेदन करी वरि Saroj Devi AGE-YEARS / वय : 48 SEX / लिंग : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/पति का नाम : Dr - Bheem Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवास पता : Mai, Teh - Sadabad

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी निवास पता : DISH - Hathwal, U.P, 281302

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : Same as above.



Preop Postop
(0937) Saroj Devi

OCCUPATION / व्यवसाय : House wife MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक आय : NA (Attach Proof of Income) / (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें) NA

PAN No. / आयकर पहचान संख्या : NA
 ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): / क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उसे चिह्नित करें) : Yes / No / हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS / परिवार विवरण

Sr. No. / क्र. संख्या	Name of Family Member / परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) / उम्र (वर्ष)	Gender / लिंग	Relation with Applicant / आवेदन करी के साथ संबंध
<u>1</u>	<u>Kanwar Singh</u>	<u>53</u>	<u>M</u>	<u>Husband</u>

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
 सहायता के लिए निवेदन आधार

<input type="checkbox"/> EPL Card (Attach Card Copy) / एप्ले कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (अपना पत्र की प्रमाण प्रमाण प्रमाण करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / आय 2000 से कम प्रमाण पत्र (अपना पत्र की प्रमाण प्रमाण प्रमाण करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) / अन्नपत्रिका कार्ड (अपना पत्र की प्रमाण प्रमाण प्रमाण करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof / अन्य कोई प्रमाण
--	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
 सहायता हेतु किए जाने निवेदन का उद्देश्य:

Sr. No. / क्र. संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	<u>RE - TMC</u>
	<u>LE - MSC</u>
	<u>Surgery - (LE) SIC3 + IOL</u>

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
 इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त क्या हो?

Sr. No. / क्र. संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / जो नई सहायता प्रती
<u>1</u>	<u>SCEH</u>	

DECLARATION by APPLICANT: (अर्थक: इस खंड में भरें)

- 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 aid for which this assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि इस प्रकरण में दिए गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सही नहीं बताया गया है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात का गारंटी करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त की गई सहायता केवल उद्देश्य के पूर्ण होने तक ही उपयोग की जा सकती है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैंने इस सहायता से पहले या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से सहायता प्राप्त नहीं की है और नहीं करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्थक: इस खंड में भरें)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/print-up/produce 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या बाएँ हाथ की छाप लगाकर, मैं (अर्थक: अर्थक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन" और इसके ट्रस्टियों को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रकरण के लिए ही, जो "कोशिका" द्वारा माँगा गया है, केवल उद्देश्य के पूर्ण होने तक ही उपयोग की जा सकते हैं।
- 2) मैं (अर्थक) इस बात का गारंटी करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण केवल उद्देश्य के पूर्ण होने तक ही उपयोग की जा सकते हैं। इस प्रकरण के लिए "कोशिका" द्वारा माँगा गया है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्थक: मैं इसका सही छाप लगा रहा हूँ।



AGREEMENT by HOSPITAL (अर्थक: इस खंड में भरें)

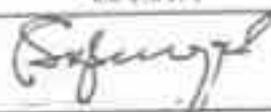
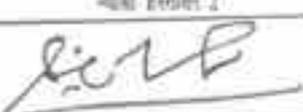
- By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any 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 it 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.
 - हम यहाँ पर अपना हस्ताक्षर लगाकर, हम (अर्थक: अर्थक) निम्न प्रकरण को अपने सहायता के लिए सिफारिश करने के लिए तैयार हैं।
 - 1) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैंने अभी तक या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त नहीं की है, जो कि मैंने "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता प्राप्त करने के लिए माँगा है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा माँगा गया सहायता पूर्ण नहीं मिलती है, तो मैं अपने सहायता के लिए अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखता हूँ। इस पुष्टि के साथ मैं यहाँ पर बताना हूँ कि सहायता केवल उद्देश्य के पूर्ण होने तक ही उपयोग की जा सकती है।
 - 2) "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर इलाज का चयन रोगी और अर्थक के बीच के समझौते पर निर्भर करता है और इसका कोई भी हिस्सा "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की गई सहायता से प्रभावित नहीं होता है। अतः अर्थक को सहायता के लिए पूर्ण जिम्मेदारता और सुरक्षा के लिए उत्तरदायी होना पड़ेगा और "कोशिका" को कोई भी भूमिका नहीं मिलेगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
अधीनस्थ के लिए अनुमति

Date of Surgery अर्थक: 18/12/18	Dr. Ashwini Kumar MBBS MS FICO Reg. No. 6002B Time _____ Date _____ (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) अर्थक का नाम व इलाज का दिनांक	 (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इलाज के लिए अर्थक
------------------------------------	--	---



FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अर्थक: अर्थक के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 1 अर्थक: 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 अर्थक: 2 
---	--