

C18/12/0668

| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE<br>(Healthcare)                                                                                                      |                                                                                                                     | Koshika foundation<br>Building block of life.                                                                      |                                           |                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------------|
| APPLICATION No. : 4/0119/0944<br>आवेदन संख्या :                                                                                                      |                                                                                                                     | APPLICATION DATE : 31/12/018<br>आवेदन तिथि                                                                         |                                           |                                                |
| NAME of APPLICANT : Raniya<br>आवेदक का नाम                                                                                                           |                                                                                                                     | AGE-YEARS आयु-वर्ष : 71                                                                                            | SEX लिंग : F                              |                                                |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME : D/o - Noori<br>पिता/सहोदर का नाम                                                                                            |                                                                                                                     |                                                                                                                    |                                           |                                                |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता<br>Baghaine, Mai, Sadabad<br>Distt - Hathuag, U.P. 221302                                               |                                                                                                                     | <br>Prop Instp<br>(0944) Raniya |                                           |                                                |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता<br>same as above                                                                                       |                                                                                                                     |                                                                                                                    |                                           |                                                |
| OCCUPATION : House wife<br>व्यवसाय                                                                                                                   |                                                                                                                     | MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)                                                                           |                                           |                                                |
| TOTAL ANNUAL INCOME : NA<br>कुल वार्षिक आय                                                                                                           |                                                                                                                     | (Attach Proof of Income)<br>(आय का साक्ष्य संलग्न) NA                                                              |                                           |                                                |
| PAN No. सवाई खाता संख्या                                                                                                                             |                                                                                                                     |                                                                                                                    |                                           |                                                |
| ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):<br>क्या आप आय कर दाता हैं (जो सत्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं) Yes / No हाँ / 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 के साथ सम्बंध |
| 1                                                                                                                                                    | Ram Khiladi                                                                                                         | late                                                                                                               | M                                         | Husband                                        |
| 2                                                                                                                                                    | Shyamveer                                                                                                           | 36                                                                                                                 | M                                         | Son                                            |
| 3                                                                                                                                                    | Rajjo                                                                                                               | 33                                                                                                                 | F                                         | Daughter                                       |
| 4                                                                                                                                                    | Satyamveer                                                                                                          | 30                                                                                                                 | M                                         | Son                                            |
| 5                                                                                                                                                    | Monoj                                                                                                               | 26                                                                                                                 | M                                         | Son                                            |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)<br>सहायता के लिये विनती आधार                                                          |                                                                                                                     |                                                                                                                    |                                           |                                                |
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रखा के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)                                           | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोक्ता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)                          | Any Other Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य |                                                |
| "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:<br>सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:                                                                      |                                                                                                                     |                                                                                                                    |                                           |                                                |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                               | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न                        |                                                                                                                    |                                           |                                                |
|                                                                                                                                                      | RE - PP                                                                                                             |                                                                                                                    |                                           |                                                |
|                                                                                                                                                      | LE - IMSC                                                                                                           |                                                                                                                    |                                           |                                                |
|                                                                                                                                                      | Surgery - (LE) Sica + IOL                                                                                           |                                                                                                                    |                                           |                                                |
| ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES<br>इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?                |                                                                                                                     |                                                                                                                    |                                           |                                                |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                               | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम                                                                           | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>लगी गई सहायता राशी                                                           |                                           |                                                |
| 1.                                                                                                                                                   | SCEM                                                                                                                |                                                                                                                    |                                           |                                                |

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा 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 applicable 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में भया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस मदद का अधिक या कमतर हिस्सा किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**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/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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके त्रुस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" एम्प्लॉयर, दूर, साप्ताहिक दूरदर्शन से जुड़ी पत्रिकाओं और अन्य माध्यमों के लिये किसी भी प्रकार का प्रचार करने के लिये अधिकृत है। मेरी प्रकरण का विवरण मेरी इच्छा के विरुद्ध या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" व त्रुस्टी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लॉयर त्रुस्टी का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

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

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे की 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.
- हस्ताक्षर करके, हमारा अधिकृत हस्ताक्षर करने वाले को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि जो हम (हस्पताल) वित्त प्रकरण से लाभ व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उस रोगी/रोगी के लिये या से रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश के तहत व सहायता में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय सहायता/सहायता हेतु मांगू नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सारकारी संस्था या किसी अन्य संस्थाधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वारा मदद वित्त/सहायता हेतु किसी भी सारकारी संस्था या किसी अन्य संस्थाधन से नहीं लेगा/लेगी।
  - 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा की गई सहायता या किये गये उपचार/उपचार का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाज सुरक्षा और अपने जाने की सारी जिम्मेदारियाँ हस्पताल पर होती हैं और "कोशिका" को कोई भी दबाव या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Dr. Ashwini Kumar

MBBS, MS, FICO

Reg. No. 60028

Time

Date

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

डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व दि. न.

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

नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

*[Signature of Trustee 1]*

*[Signature of Trustee 2]*