

C19/04/077

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.APPLICATION No.:
आवेदन संख्या:

V/0419/0001

APPLICATION DATE:
आवेदन तिथि

08/04/19

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम

Virama Devi

AGE-YEARS आयु-वर्ष

53

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:
पिता/कटुम्ब का नाम

D/o - Bindu Lal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता

Khandoli Road, Math Koti

Distt - Mathura, U.P., 281301

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवास पता

Same as above

OCCUPATION:
व्यवसाय

House wife

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

(Attach Proof of Income)
(आप का सक्षम संलग्न)

NA

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय

NA

PAN No. स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर तिकी का चिह्न लगाए)Yes / No
हां / नहीं

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	Kalicharan	57	M	Husband
2	Rajendra	23	M	Son
3	Rajshadur	20	M	"
4	Sanjeev	16	M	"
5	Pavan	14	M	Son
6	Sunita	10	F	Daughter

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RF - IMSC
	IE - IMSC
	Surgery - (LE) SICCS + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

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

Preop Postop
(0001) Virama Devi

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 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रत्यय में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन सहायता प्राप्त करने के लिए गलत साबित होता 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 केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रत्यय में घोषित है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं सहायता हेतु या भुगतान की मदद से, इस उद्देश्य के अतिरिक्त या समस्त हिसाब किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से नहीं लिये जा रहे हैं 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 प्रत्यय पर अपने हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रत्यय में घोषित हैं, उन्हें "कोशिका" द्वारा या अन्य माध्यमों, दूरदर्शन, दूरभाष, दूरभाष, दूरदर्शन से मुझे प्रेषित करने के लिए किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रत्यय का विवरण मेरे हस्ताक्षर के बिना या बिना मेरे करार के बिना "कोशिका फाउन्डेशन" या किसी अधिकृत नहीं है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना मेरे करार के बिना "कोशिका फाउन्डेशन" या किसी अधिकृत नहीं है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या बाएँ 엄지 انگुठा का निशान

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.

- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से समस्त/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता देते हैं।
- 1) यह कि मैं या मेरे अधिकृत और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उधार लेने/प्राप्त करने से रोकेंगे, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उधार को प्राप्त करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट अधिकृत/कर्मचारी हेतु प्रस्ताव नहीं किया था कि हमें सहायता किसी अन्य स्रोत/रोगी संगठन या किसी अन्य संगठन से सहायता लेने का अधिकार प्रदान करता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता वित्तीय भावर उधार लेने/प्राप्त करने हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य संगठन से नहीं लेने/प्राप्त करेंगे।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा की गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया 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 के इलाज सुचारु और जाने जाने की सभी शर्तों/शर्तों एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भी प्रकार का भुगतान/भुगतान इस मामले में नहीं होगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
सिफारिश के लिए संमति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 10/04/19	Dr. ABHISHEK HANDA MCI No.-03-35572 Sign.....	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
	(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.	

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्गत दर्ज करें

SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोदार 1 हस्ताक्षर	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोदार 2 हस्ताक्षर