

1910560053

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(स्वास्थ्य देखभाल)		
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		 Building block of life.		
APPLICATION No. : आवेदन संख्या : V10519/0130		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : 6/5/19		
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम : Rajan Devi		AGE-YEARS आयु-वर्ष : 50	SEX लिंग : F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/पति का नाम : Shobha Rani				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता : Pachawan, Mahavan				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता : Distt - Mathura, UP, 281308				
Same as above				
OCCUPATION : व्यवसाय : House wife		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) : (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न करें) : NA		
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय : NA				
PAN No. स्पष्ट छाता संख्या				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाखल हैं (जो मान्य हो उस पर सही का 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	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	Khemchahal	33	M	Husband
2.	Kumodan	20	M	Son
3.	Rohit	16	M	Son
4.	Mamta	13	F	Daughter
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये किसलि आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेटा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विपत्ती का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
	RE - IMSC			
	IE - IMSC			
	Surgery - (IE) SICs + IOL			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशी		
1.	SCCH			

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा सत्य बात है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग यही उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग किया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या उसके पूर्ण या आंशिक रूप से, इस प्रति का अंतिम या अंतिम हिस्सा किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से नहीं 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 अंगुली की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके पदाधिकारी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, उन्हें "कोशिका" एम्प्लॉयी, डॉक्टर, चिकित्सक द्वारा उपचार से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के विषय में किसी भी प्रकार सार्वजनिक में प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का निष्पत्ति मेरे हस्ताक्षर के बिना या बिना मेरे नाम के बिना "कोशिका फाउन्डेशन" से स्वीकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित है मुझे स्वतः सहायता का हस्ताक्षर नहीं बतलाता इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लॉयी या डॉक्टर और चिकित्सक होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुली 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 हमारे/हमारे को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किंतु हम (हस्पताल) निम्न प्रकरण से अन्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सारकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से उठा ली जाएगी या कोई भी मदद मिले, जो कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश के बिना के बिना "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मांगी सहायता के बिना सिफारिश/सिफारिश हेतु मांगी नहीं किया जाऊ है जो सहायता किसी अन्य सारकारी संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता सिफारिश कर उठा ली जाएगी हेतु किसी भी सारकारी संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं ले ली जाएगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता कोष वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या बिना गये उपचार/उपचार का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के उपचार सुझाव और अपने अपने को सही विचारों को रोगी और "कोशिका" को कोई भी सहायता या बिना रोगी इस मामले में नहीं होगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 7/5/19	Dr. PRIYA AGRAWAL MCI No.-58417 Sign..... (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व सील व	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तरित उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 स्थापक सदस्य 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 स्थापक सदस्य 2
<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>

