

C19/05-10095

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
(Healthcare)
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No. :
आवेदन संख्या : V/05/19/0146

APPLICATION DATE :
आवेदन तिथि 9/5/19

NAME of APPLICANT :
आवेदक का नाम Anguri Devi

AGE-YEARS आयु-वर्ष 70

SEX लिंग F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :
पिता/पति का नाम Dda - Hetram

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
Mamima Baly

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता
Digha - Mathura U.P. 281204

same as above



Preop Postop
(0146) Anguri Devi

OCCUPATION :
व्यवसाय House wife

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)
(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न) NA

TOTAL ANNUAL INCOME :
कुल वार्षिक आय NA

PAN No. स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं) Yes / No हाँ / नहीं

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 सम्बंध
1.	Shibu	42	M	Husband
2.	Rajkumar	44	M	Son
3.	Anil	39	M	Son

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

BPL Card
(Attach Card Copy)
गरीबी रेशा 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)
उपभोग्य कार्ड
(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)

Any Other
Basis/Proof
अन्य कोई साक्ष्य

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	RE - IMSC
2.	LE - IMSC
3.	Surgery - (LE) STCS +/or

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.	SCHEM	

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 cost for which this assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही एवं सत्य हैं। यदि कोई झूठा बयान एवं कथन प्राप्त होता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को सत्यापन पत्र "कोशिका फाउन्डेशन", से सही या सही है, इसका उपयोग उक्त उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में प्राप्त किया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले रहा हूँ 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 & authorize 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 is final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकार पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित हैं, उसे "कोशिका" एम्बल्म, नाम, पता/चित्रण इत्यादि माध्यम से कुटी गतिविधियों और वित्तपोषण के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने में निरर्थक है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे हस्ताक्षर के बिना या बिना मेरे नाम के बिना "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे क्या: सहायता का उपयोग नहीं करता। इस कारण मैं "कोशिका" एम्बल्म न्यासी का निर्माण नहीं करता और सहायता नहीं करता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे 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 और से हमारे/हमारे को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किंतु हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:
- 1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये प्राप्त की जायेगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्णय उक्त के समान है "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान हेतु है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विहीन अतिरिक्त/सकल हेतु प्रदान नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा प्रदान उक्त रोगी/रोगी के लिये और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं ले/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से तो मैं सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या बिना गले उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हमारे डॉक्टर के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के हस्तगत मुक्त और जाने जाने की बातें/निर्णय और हमारे डॉक्टर और "कोशिका" को कोई चुनौती या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 10/05/19	Dr. PRIYA AGRAWAL MCI No.-58417 Sign..... (Name of Dr. & Regd. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व इसका पता व पंजीकृत नं.	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल की 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