

019/05/0106

| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE<br>(Healthcare)                                                                                                     |                                                                                              | सहायता हेतु आवेदन प्रारूप<br>(स्वास्थ्य देखभाल)                                                                     |                | Koshika<br>foundation<br>Building block of life.                                                                                  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| APPLICATION No. :<br>आवेदन संख्या : V10519/0154                                                                                                     |                                                                                              | APPLICATION DATE :<br>आवेदन तिथि 9/5/19                                                                             |                |  <p>Preob Postop<br/>(0154) Rukki<br/>Devi</p> |  |
| NAME of APPLICANT :<br>आवेदक का नाम Rukki Devi                                                                                                      |                                                                                              | AGE-YEARS आयु-वर्ष 70                                                                                               | SEX लिंग F     |                                                                                                                                   |  |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME :<br>पिता/सहोदर का नाम No Mewa                                                                                               |                                                                                              | PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता<br>Maina Gali, Raja                                                      |                |                                                                                                                                   |  |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवास पता<br>Dighi - Mathura, U.P. 281204<br>वर्तमान घर पता                                                     |                                                                                              |                                                                                                                     |                |                                                                                                                                   |  |
| OCCUPATION :<br>व्यवसाय House wife                                                                                                                  |                                                                                              | MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)                                                                            |                |                                                                                                                                   |  |
| TOTAL ANNUAL INCOME :<br>कुल वार्षिक आय NA                                                                                                          |                                                                                              | (Attach Proof of Income)<br>(आय का साक्ष्य संलग्न) NA                                                               |                |                                                                                                                                   |  |
| PAN No. स्थायी खाता संख्या                                                                                                                          |                                                                                              |                                                                                                                     |                |                                                                                                                                   |  |
| ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):<br>क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगावे) 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 सम्बन्ध                                                                                   |  |
| 1.                                                                                                                                                  | Rajesh                                                                                       | 18                                                                                                                  | M              | Husband                                                                                                                           |  |
| 2.                                                                                                                                                  | Pratap                                                                                       | 18                                                                                                                  | M              | Son                                                                                                                               |  |
| 3.                                                                                                                                                  | Durg Singh                                                                                   | 43                                                                                                                  | M              | Son                                                                                                                               |  |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)<br>सहायता के लिये विविध आधार                                                         |                                                                                              |                                                                                                                     |                |                                                                                                                                   |  |
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेशा 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<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य                                                                                                        |                                                                                              |                                                                                                                     |                |                                                                                                                                   |  |
| "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:<br>सहायता हेतु किने गये विनली का उद्देश्य:                                                                     |                                                                                              |                                                                                                                     |                |                                                                                                                                   |  |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                              | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |                                                                                                                     |                |                                                                                                                                   |  |
|                                                                                                                                                     | RE - IMSC                                                                                    |                                                                                                                     |                |                                                                                                                                   |  |
|                                                                                                                                                     | LC - P.P                                                                                     |                                                                                                                     |                |                                                                                                                                   |  |
|                                                                                                                                                     | Surgery - (RE) SICCS + 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>तो गई सहायता राशी                                                             |                |                                                                                                                                   |  |
| 1.                                                                                                                                                  | SEH                                                                                          |                                                                                                                     |                |                                                                                                                                   |  |

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदन करने वाले का:

- 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 पर बताना हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को सहायता पत्र "कोशिका फाउन्डेशन", से सीधे या परोक्ष है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में पेश किया है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या प्रत्यक्ष या अप्रत्यक्ष रूप से, इस पत्र पर अतिरिक्त या अलग किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न से सहायता ले रहा हूँ और न ही भविष्य में ऐसा करूँगा।

**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 की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में उल्लेख है, उसे "कोशिका" द्वारा या अन्य माध्यमों द्वारा उद्देश्य से जुड़ी चोटियों/पत्रों और वार्तालापों के लिये किसी भी प्रकार का प्रचार-प्रसार करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रत्यक्ष या अप्रत्यक्ष सहमति के बिना "कोशिका फाउन्डेशन" या ट्रस्टियों को इससे अधिकृत नहीं है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से उल्लेख है, पूर्णतः सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सहमति के बिना "कोशिका" द्वारा उल्लेख उद्देश्य के लिये अतिरिक्त और अलग-अलग होगा।

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

आवेदक के 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 यहाँ पर अंगूठे की छाप "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किन्तु हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य सोर्स से उसी रोगी/रोगी के लिये या उसी रोगी के लिये, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता प्राप्त की है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अपने आप से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस पुष्टि के बिना हमें सहायता प्राप्त करने की आवश्यकता होगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से सीधे या परोक्ष रूप से वित्तीय सहायता की है। रोगी का हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या दवाइयों/उपकरणों का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी को इलाज सुरक्षित और अपने खर्च की सही विधि से करने की होगी और "कोशिका" को कोई दखल या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

|                                                           |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                            |
|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Date of Surgery<br/>ऑपरेशन की तारीख</p> <p>10/5/19</p> | <p><b>Dr. PRIYA AGRAWAL</b><br/>MCI No.-58417<br/>Sign.....<br/>(Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp)<br/>डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप</p> | <p>(Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)<br/>हमारे व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी</p> <p></p> <p></p> |
|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** आन्तरिक उपयोग हेतु

|                                                              |                                                              |
|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <p>SIGNATURE of TRUSTEE 1<br/>न्यासी हस्ताक्षर 1</p> <p></p> | <p>SIGNATURE of TRUSTEE 2<br/>न्यासी हस्ताक्षर 2</p> <p></p> |
|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|