

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika Foundation Building Block of Life		
APPLICATION No.: <u>V/1119/0730</u>		APPLICATION DATE: <u>02/11/19</u>		
NAME of APPLICANT: <u>Savita</u>		AGE-YEARS: <u>61</u>	SEX: <u>F</u>	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: <u>D/o Chote</u>				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: <u>Vyapra Mahalla, Pawa</u>				
DISTRICT - <u>Mathura</u> U.P. <u>281204</u>				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: <u>Same as above.</u>				
OCCUPATION: <u>Home Maker</u>		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: <u>NA</u>		(Attach Proof of income) <u>NA</u>		
PAN No. <u>XXXXXX</u>				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No <u>Yes</u>				
FAMILY DETAILS: परिवार विवरण				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध
(1)	<u>Kavali</u>	<u>62</u>	<u>M</u>	<u>Husband</u>
(2)	<u>Sahid</u>	<u>36</u>	<u>M</u>	<u>Son</u>
(3)	<u>Sawana</u>	<u>34</u>	<u>F</u>	<u>Daughter</u>
(4)	<u>Sarda</u>	<u>31</u>	<u>F</u>	<u>Daughter</u>
(5)	<u>Isorai</u>	<u>28</u>	<u>F</u>	<u>Daughter</u>
(6)	<u>Musarat</u>	<u>27</u>	<u>F</u>	<u>Daughter</u>
(7)	<u>Kamphake</u>	<u>24</u>	<u>F</u>	<u>Daughter</u>
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विधि आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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)		Any Other Basis/Proof अन्य कोई साधन
"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 प्रसिद्धि पत्र संलग्न			
	<u>RE - Total Colicard</u>			
	<u>LE - IMSC</u>			
	<u>Surgery - (RE) STCS + IOL</u>			
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 जी गई सहायता राशि	
<u>1-</u>	<u>SCCH</u>			



Pre op Post op
(0730) Savita

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 प्रत्यक्ष में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य सचन ज्ञान पर धारा है तो मेरी सहायता मिलना की जा सकती है।
- 2) मैं इस से सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से तो जा रही है, उसका उपयोग उही उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रत्यक्ष में पत्र पत्र है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि निम्न सहायता हेतु यह प्रत्यक्ष की गई है, उस राशि का अतिरिक्त या समस्त किस्ता किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/बीमा कंपनी से न हो सित है और न ही भविष्य में होगी।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा सहमति)

- 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 fulfilment 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 प्रत्यक्ष पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली के छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके 'वर्चसी' " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रत्यक्ष में घोषित है, उसे "कोशिका" फाउन्डेशन, चान, पत्राचार, इत्यादि उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के निम्न किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रत्यक्ष का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व इसकी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से घोषित है उसके द्वारा सहायता का इस्तेमाल नहीं किया जा सकेगा। इस प्रत्यक्ष में "कोशिका" फाउन्डेशन वर्चसी का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुली का छाप

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा सहमति)**

- 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.

इससे अधिकृत, हस्पताल की ओर से वर्चसी/होमी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से ध्यान में रखकर करते हैं।

- 1) वह कि न तो वर्चसी और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी के सहायता संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उस रोगी/रोगी के लो या से ले रहे हैं, बल्कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उस के कारण में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विधि अतिरिक्त/अवकाश हेतु सकारात्मक किया जाता है तो सहायता किसी अन्य सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने को अधिकृत सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता हेतु मदद उस रोगी/रोगी हेतु किसी सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ले रहे सहायता संस्था वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल इस से नहीं सहायता या किसी गैर उपचार/प्रक्रिया का चुनाव नहीं कर सकते हैं। रोगी का विचार है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाज चुनना और उसे करने की पूरी जिम्मेदारी पूरी रूप हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery

ऑपरेशन की तारीख

02/11/19

Dr. PRIYA AGRAWAL

MCINo-58417

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

डॉक्टर का नाम व इलाका व रजि. नं.

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

जब न पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2