

VRN - C.696

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika  
foundation  
Building back of life

APPLICATION No. : 119/0734 APPLICATION DATE : 2/11/19  
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : Asarfi Deri AGE-YEARS आयु-वर्ष 91 SEX लिंग F  
आवेदक का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : D/o Maharaj Singh  
पिता/कटुप्य का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता

H.No-34, Krishan NagarDist - Ferozabad D.P. 283223

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवास पता

Same as aboveOCCUPATION : Home Maker  
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

NA

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

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 सही का चिह्न लगायें)

Yes / No

हां / नहीं

## FAMILY DETAILS: परिवार विवरण

| Sl. 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 सम्बंध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|------------------------------------------------|
| (1)                    | Ajob Singh                                        | 82                         | M              | Husband                                        |
| (2)                    | Vidhya Ram                                        | 56                         | M              | SON                                            |
| (3)                    | Mundi Lal                                         | 54                         | M              | SON                                            |
| (4)                    | Raj Singh                                         | 53                         | M              | SON                                            |
| (5)                    | Budhaya Deri                                      | 51                         | F              | Daughter                                       |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवर्तित आधार

|                                                                                                            |                                                                                                                      |                                                                                            |                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र को साथ प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>अल्प अमीर वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र को साथ प्रति संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>व्यवस्थापक कार्ड<br>(प्रमाण पत्र को साथ प्रति संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विवर्तों का उद्देश्य:

| Sl. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>रोगस्थिति/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |
|------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                        | <u>RE - INJURY</u>                                                                             |
|                        | <u>LE - PTHYRISIS BULLI</u>                                                                    |
|                        | <u>Surgery - (RE) LACS + 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?

| Sl. No.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>सी गई सहायता राशी |
|------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 1-                     | <u>SCCH</u>                               |                                                         |

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदन दान प्रेषक 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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरे 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 ओर सहमत हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिले, केवल उद्देश्य इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये प्रिय उपयोग, जो इस प्रपत्र में दया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रपत्र की गई है, उस सहायता का अधिकतम या सम्पूर्ण हिस्सा किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन दान करण)**

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-up/produce 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासीयों" को सौंपकर करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में सौंपा है, उसे "कोशिका" फाउन्डेशन, उनके, सचिव तथा दूसरे सदस्यों से कुछ गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे नाम का प्रयोग मेरे इलाज के पत्रों या प्रपत्रों में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" को सौंपा अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से सौंपा है, मुझे स्वतः सहायता का हक्का नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" फाउन्डेशन के न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पाताल द्वारा करण)**

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, हस्पाताल को और से मालवेलेने को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, वित्त हप्त (हस्पाताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि मैं या मेरा हस्पाताल और मैं ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उसी रोगी/रोगिणी के लिये नहीं ले रहे हैं, बल्कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्देशित वित्त के माध्यम से "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता बिना अधिकतम/सफल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो आपसवत किसी अन्य रोगी सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता द्वितीय मदद वसा लेनी/सकल हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेनी/सकली।

2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पाताल द्वारा ही नहीं सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पाताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार पर कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पाताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और जाने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पाताल को होंगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारता इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery

ऑपरेशन की तारीख

PRITA AGRAWAL

MCINo-58417

04/11/2019

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

डक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप, व

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

नाम व पद हस्पाताल अधिकृत अधिकारी

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नामी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामी हस्ताक्षर 2