

VRN = C794

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika  
foundation

Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

V/1119/0747

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

5/11/19

NAME of APPLICANT:

अवेदनक का नाम

Kishan Devi

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

61

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पति का नाम

D/o - Panni Lal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

Vill + po - Mathura

Distt - Mathura, U.P., 281202

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

Same as Above

OCCUPATION:

व्यवसाय

Home Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

NA

(Attach Proof of Income)

(आय का सक्षम संलग्न)

NA

PAN No. स्थान प्रमाण संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर छड़ी का चिह्न लगाएं)

Yes/No

हां / 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 आवेदनक के साथ सम्बंध
(1)	Ramesh Chandra	64	M	Husband
(2)	Shafish	35	M	Son
(3)	Renu	30	F	Daughter

## BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये चिह्नित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) सही रकम के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) सक्षम आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basic/Proof अन्य कोई सबूत
--	--	--	---

## "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये चिह्नों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Report/Prescriptions Attached वैद्यकीय/दवाखाने से जारी की गई प्रतिवेदन सुची संलग्न
	RE - P.P
	LE - Total Senile Cataract
	Surgery - (LE) SPIC + IOL

## 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 सी गई सहायता राशि
1-	SCCH	

Preop Postop  
(0747) Kishan  
Devi



**DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा कर:**

- 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, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, I 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 यथास्थित करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कल्पन अथवा झूठा है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यथा में सहमत हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो राशि मुझे है, केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये दिया जाएगा, जो इस प्रश्न में कहा गया है।
- 3) मैं यथा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह राशि को नहीं है, उस राशि का अधिक या कम किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूंगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कर)**

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-up/republish 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 रूप में अपने हस्ताक्षर या अंगुली छाप लगाकर मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस रूप में प्रकाशित करें, जो "कोशिका" ट्रस्ट, न्यासी, चान, बागमती बस्तु उद्देश्य से बड़ी गतिविधियों को उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रश्न का विवरण को इसका उपयोग करने या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यासी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस रूप में सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित हैं पुष्टि करने, सहायता का इकट्ठा नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" ट्रस्ट व न्यासी ट्रस्टी का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

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

आवेदक को हस्ताक्षर या अंगुली का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (इस्पताल द्वारा कर)**

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.

इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मायले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसमें हम (इस्पताल) निम्न प्रकार से चान व स्वाधारा करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उठाया जायेगा या लेने का प्रयत्न होगा, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्णय उठा कर सहायता में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी सीमा/समय हेतु पाने नहीं किया जाता है तो इस्पताल किसी अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस रूप में स्पष्ट कहा जाता है कि इस्पताल इसी प्रकार उठाया जायेगा हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेने/लेगा।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो राशि सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर इस्पताल द्वारा जो राशि सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इस्पताल

को बीच का विवाद है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसलिए इस्पताल में रोगी को इलाज दुरुस्त और जाने जाने के सभी विनियमों द्वारा/प्रकार/प्रकार को लागू और "कोशिका" को कोई भी प्रकार या विनियमों का पालन में नहीं होगा।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख

6/11/19

DR. PRIYA AGRAWAL

MCI No - 58417

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

डॉक्टर का नाम व इलाका व एच. ए.

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

नाम व पर इलाका अधिकृत अधिकारी

**FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION**

अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2