

URN-C-20-02-0960

**Koshika**  
foundation

Building block 2011

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION NO

अवेदन संख्या :

1109201215

APPLICATION DATE

अवेदन तिथि

19-02-20

NAME of APPLICANT

आवेदक का नाम

Durgesh Devi

AGE-YEARS अनु वर्ष

55

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME

पिता/कटुण का नाम

Premkash Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

वर्तमान आवासीय पता

Semakotalli, Saurav Kaban  
Distt- Etah, U.P. 207121

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS

स्थायी आवासीय पता  
Same as Above



Bre op Post op  
(1215) Durgesh  
Devi

OCCUPATION

व्यवसाय

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME

कुल वार्षिक आय

20000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें)

NA

PAN No. कार्ड का नंबर

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का निशान लगाएं)

Yes / No

हाँ / नहीं

**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 सम्बन्ध
1	Sayabhan Lalit	56	M	Husband
2	Rakesh	24	M	Son

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

सहायता के लिए विनोद आधार

BPL Card (Attach Card Copy) नरेंद्रो रेशू के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति प्रस्तुत करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एलएन आर कार्ड प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति प्रस्तुत करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोजन कार्ड (प्रमाण पत्र को छाया प्रति प्रस्तुत करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:**

सहायता हेतु किसे क्या विनोद का उद्देश्य

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची प्रस्तुत
	RE - JMISC
	LE - JMISC
	Surgery - (IE) SICSF 201

**ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES**

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से मिल गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED ले गई सहायता राशी
1	SCEH	

**DECLARATION by APPLICANT: शरीरक को संकेत करना:**

- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True in the best of my knowledge. Any false statement will cancel my Application & ongoing assistance. I shall be liable for reimbursement.
- 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 the assistance is requested.

- 1) मैं यथासंभव सच है कि इस प्रश्न में कि मैं यह विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही है। यदि कोई विवरण सही नहीं प्रमाण प्रस्तुत किया जाता है तो मैं भी इसका जवाब देने का उत्तरदायी हूँ।
- 2) मैं यथासंभव सच है कि 'कोशिका फाउंडेशन' से जो भी मदद मिलेगी, उसे केवल उद्देश्य के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रश्न में कहा गया है।
- 3) मैं यथासंभव सच है कि मैं किसी भी अन्य स्रोत से भुगतान के लिए या भविष्य में भुगतान के लिए किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से मदद नहीं ले रहा हूँ और नहीं लेना चाहता हूँ।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करके):**

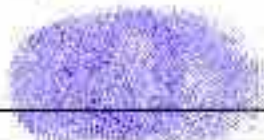
1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use my photo & details of the purpose for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but not limited to verbal, print, electronic, 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपना सहमति को प्रकट करता हूँ कि 'कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टियों' को अधिकृत करना है कि मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस उद्देश्य के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रश्न में कहा गया है। मैं यथासंभव सच है कि 'कोशिका फाउंडेशन' से जो भी मदद मिलेगी, उसे केवल उद्देश्य के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रश्न में कहा गया है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को 'कोशिका फाउंडेशन' द्वारा प्रचारित करने के लिए प्रयोग किया जा सकता है। मैं यथासंभव सच है कि 'कोशिका फाउंडेशन' से जो भी मदद मिलेगी, उसे केवल उद्देश्य के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रश्न में कहा गया है।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा करके):**

By affixing the under 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/are 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 a viable NGO or any other source. This conditionally states that the Hospital will not avail any outside 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 अतिथि, हस्ताक्षर को आगे से अनुमति देने का 'कोशिका फाउंडेशन' से निधि मांगना हेतु विचारित की जाती है, कि हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से सच व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो हमारे और न ही भविष्य में निधि मांगने किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य स्रोत से मदद लेनी/पाने से हमें पता है। मैं यथासंभव सच है कि 'कोशिका फाउंडेशन' से जो भी मदद मिलेगी, उसे केवल उद्देश्य के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रश्न में कहा गया है। यदि 'कोशिका फाउंडेशन' द्वारा प्रचारित करने के लिए प्रयोग किया जा सकता है तो मैं यथासंभव सच है कि 'कोशिका फाउंडेशन' से जो भी मदद मिलेगी, उसे केवल उद्देश्य के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रश्न में कहा गया है।

- 2) 'कोशिका फाउंडेशन' से जो भी मदद मिलेगी, उसे केवल उद्देश्य के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रश्न में कहा गया है।

हमारे अतिथि, हस्ताक्षर को आगे से अनुमति देने का 'कोशिका फाउंडेशन' से निधि मांगना हेतु विचारित की जाती है, कि हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से सच व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो हमारे और न ही भविष्य में निधि मांगने किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य स्रोत से मदद लेनी/पाने से हमें पता है। मैं यथासंभव सच है कि 'कोशिका फाउंडेशन' से जो भी मदद मिलेगी, उसे केवल उद्देश्य के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रश्न में कहा गया है।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृती के लिए अनुमति

<p>Date of Surgery शरीरक की तारीख</p> <p>30-09-20</p>	<p><b>Dr. Priya Agrawal</b> M.B.B.S., M.S. Ophthalmology Reg. No. - 58417</p> <p>(Name of Dr &amp; Regn. No. with Stamp) नाम व पर हस्ताक्षर या छाप</p>	<p>(Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर हस्ताक्षर अधिकारी</p> <p>Administrator</p>
---	--	--

**FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION आंतरिक उपयोग हेतु**

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामों हस्ताक्षर 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामों हस्ताक्षर 2</p>