

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	 Koshika Foundation Baramulla, Jammu & Kashmir	
APPLICATION No / आवेदन संख्या : V/1220/0218		APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : 07/12/20		
NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम : Feehan		AGE-YEARS / उम्र वर्ष : 55	SEX / लिंग : F	
FATHER & SPOUSE'S NAME / पिता/कथुप का नाम : Mansuka				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान अवासीयता : Bheema, Shergarh, Gushki Bheema, Distt. Mathura, U.P. 201404.				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थाई अवासीयता : Same as above				
OCCUPATION / व्यवसाय : Home Maker		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) : <input checked="" type="checkbox"/>		
TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय : 18500/- (Family)		(Attach Proof of Income) / (आय का सबूत प्रस्तुत करें) : NA		
PAN No. / आई एन आर संख्या :				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / क्या आप आय कर दाता हैं (जो मध्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं) : Yes / No <input checked="" type="checkbox"/>				
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	Rajesh	57	M	Husband
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / सहायता हेतु लिये गिये आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) / गरीबी रेशा के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि प्रस्तुत करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / कम आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि प्रस्तुत करें)	Ration Card (Attach Copy) / उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि प्रस्तुत करें)	Any Other Basis/Proof / अन्य कोई साक्ष्य	
'PURPOSE' for REQUESTING ASSISTANCE / सहायता हेतु किसे गये चिकित्सीय उद्देश्य:				
Sr No / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिलिपि सूची संलग्न			
	RE - Scenic Outpatient			
	IE - Scenic Outpatient			
	Surgery - (IE) SILE + PDL			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME 'PURPOSE' from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?				
Sr No / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / ली गई सहायता राशि		
1	DBCS	2000/-		



Free Post (0218) Feehan

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा एवं:

- I hereby confirm that all details in this Form are true to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & its corresponding assistance liable for my own cancellation.
 - I solemnly confirm that assistance if granted from Koshika Foundation will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance was requested by me.
 - I hereby confirm that I have not & will not in future avail of reimbursement, in cash or in kind, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रत्येक में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं, यदि कोई क्लियर एवं स्पष्ट जवाब दिया जाता है तब भी सम्बन्धित विवरण को वास्तविक नहीं माना जायेगा।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि 'कोशिका फाउन्डेशन' से मिली जा सकी है, उसके उपयोग उक्त उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रत्येक में कहा गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने अतीत में या भविष्य में कभी भी, उस राशि का आर्थिक या सहायता प्राप्त किया किसी अन्य प्राय:विशेष/कर्मचारी/कम्पनी से नहीं किया है और नहीं भी भविष्य में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा 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/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, or soliciting donations for Koshika Foundation and/or disseminating information about its activities/events. 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 प्रत्येक में अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पूर्ण करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और बा किस्म का उद्देश्य के लिये 'कोशिका' एवं 'उद्देश्य', मेरा, सम्बन्धित द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और प्रचार/विपणन के लिये किसी भी प्रकार का प्रयोग में प्रभावित करने के लिये अधिकृत हैं। मैं प्रत्येक का विवरण में उद्देश्य के फोटो या चित्र में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से सहमत अधिकृत हूँ।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है पूर्ण रूप से सहायता का इच्छा नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और अक्षर्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (इस्पताल 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 & agree following:
- that we neither are present nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are availing 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.
 - The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure adopted/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, इच्छापूर्वक को और से सम्बन्धित को "कोशिका फाउन्डेशन" से विधिवत सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, तब ही हम (इस्पताल) ऐसा प्रकार से सहायता स्वीकार करेंगे है।
- 1) यह कि न तो अतीत और न ही भविष्य में किसी भी सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी से मिली या से ली है, बस कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विधिवत उक्त के सहायता से "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विधिवत आधिकारिक/कलम हेतु मन्त्रा नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पूर्ण में स्पष्ट कहा गया है कि अस्पताल ही सहायता प्राप्त उक्त रोगी/रोगी हेतु किया जा सकता है अन्य या किसी अन्य सहायता से नहीं होगा/संगठन।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही सहायता केवल आर्थिक प्रकृतियों को है। रोगी पर उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इस्पताल के बीच का सम्बन्ध है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इस्पताल इस्पताल में रोगी से उत्तर होगा और आगे को को सारे विधिवत रोगी एवं इस्पताल की संगी और "कोशिका" को कोई दबाव या जिम्मेदारी का सामना में नहीं होगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिये संस्तुति

Date of Surgery
अपेक्षा की तिथि
08/12/20

DR. SACHIN SHARMA
MBBS, MD, FRCS (Orthopaedics)
FRS (UK), FRCR (UK)
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व इस्पताल का पता व पता

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)
नाम व पद इस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION अनन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
ज्येष्ठ हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नवो हस्ताक्षर 2