

Mom-C-21-11-1049

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika Foundation Building block of life.		
APPLICATION No.: M/1121/0370 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 16/11/2021 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT: Ishvari Devi आवेदक का नाम		AGE-YEARS अनु-वर्ष 56	SEX लिंग F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Jaskaran Lal पिता/कन्या का नाम		 		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: बर्तमान आवासीय पता Jalsalpur, Khairu, U.P. - 222801		 		
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता as above		Preop Postop		
OCCUPATION: Home Maker व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: 35,000/- (family) कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न) NA		
PAN No. स्थायी खाता संख्या NA				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान 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 आवेदक के साथ सम्बन्ध
1	Reeta	20	F	daughter
2	Ram Kumar	22	M	son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये निर्दिष्ट आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य				
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे मने निम्नो का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
1	Sigmoid RE - HMSC. LF - HMSC.			
2	Surgery - LF STG FIB + FIBRE			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES: इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी		
1	BCLS	2000/-		

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, if any, 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी 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) मेरे द्वारा मेरे सहायता राशि "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में धरा गया है।
- 3) मैं सुनिश्चित करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आर्थिक या समकल हिस्सा किसी अन्य स्रोत/निर्धोक्त/योग्य कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लेंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (उम्मीदवार का सहमति)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's 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 it's 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रेषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, चप, या कदापि दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपस्थितियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। ये प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION _____

आयुर्वेदक के हस्तक्षर या अंगुष्ठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल की ओर से)

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 it's 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकृत, इम्प्लेमेंटरी की ओर से सामले/लेनी को "कॉन्सिडर फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता देने विकारित की जाती है, जिसे हम (हमसतत) निम्न प्रकार से मान्य न स्वीकार करते है-

1. यह कि न तो संसदन और न ही विधिसभा में विधिवि सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उठाया जायेगा/पायेगा या लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने “कोशिका फाउन्डेशन” से सिकरिस्ट/विनिमि उठा के संसदन में “कोशिका फाउन्डेशन” द्वारा मदद हेतु कि है। यदि “कोशिका फाउन्डेशन” द्वारा सहायता विनिमि अशिका/सकल हेतु मन्दुत रही किय जात है तो अवसकल किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थाधन से सहायता लेने का अधिकार सुकिल रखात है; इस धृति में संसद फका जाता है कि अवसकल द्वितीय फाद उठा रोगी/सम्पले हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से नहीं लेगा/लेगी।
2. “कोशिका फाउन्डेशन” से ती गई सहायता केवल विधिवि प्रकृति की है; रोगी पर हसकल द्वारा से गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का मुलाय रोगी एवं हसकल को बीच कर विपत है और “कोशिका फाउन्डेशन” द्वारा किसी प्रकार का कोई दायव नहीं है। इसविषे हसकल में रोगी के इलाज सुकल और अने जाने की खीर विम्वेदारी रोगी एवं हसकल को हरी और “कोशिका” को कोई धुमिका या विम्वेदारी इस सम्पले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery अथवा 16/10/2021	Dr MAZHAR KAMRAN M.B.B.S. M.D. U.P. (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.	Anurag Misra Assistant Secretary Administration (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) Dr. Shroff's Child Hospital (on behalf of Hospital) नाम व पद, हस्ताक्षर अथवा मुद्रा
---------------------------------------	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

આંતરિક ઉપયોગ હેતુ

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
	