VRN-C-20-02-0943

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika Foundation
Building Block of Life

APPLICATION No आवेदन संख्या : V/0320/1236	APPLICATION DATE आवेदन दिनांक 03-03-20

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम	AGE-YEARS आयु-वर्ष	SEX लिंग
Raja Ram	60	M



Pratap Pratap
(1236) Raja Ram

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/पति का नाम Bhagi Ram

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
Ajhaiona, Azamgarh
Distt - Azamgarh U.P. 276001

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता
Same as Above

OCCUPATION : व्यवसाय Farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय 3000/-

(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न) NA

PAN No. स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो सच हो उस पर सही का निशान लगायें) 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)	Ram Shree	57	F	Wife
(2)	Bhi Ram	28	M	Son
(3)	Narendra	24	M	Son
(4)	Vimlawati	22	F	Daughter in law
(5)	Shila	23	F	Daughter in law
(6)	Meenu	03	F	Grand Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये लिखित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की अथवा प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आर्थ आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की अथवा प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की अथवा प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रिस्क्रेप्शन सूची संलग्न
	RE - TMSC
	LE - TMSC
	Surgery (LE) 5000/-

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो:

Sr. No क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी
1.	SCFM	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा :

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, if part or in full, from any other source/any private/govt/insurance company or the amount for which the assistance is requested.

1) मैं पुष्टि करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिए गए सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं. यदि कोई मिथ्या तथ्य कथन अथवा पाया जाता है तो मेरे सहायता निरस्त की जा सकती है।
2) मैं इस बात की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से ली जा रही है, उसका उपयोग सिर्फ उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता राशि का प्रार्थना की गई है, इस मामले का आंशिक या संकल्प लिया किसी अन्य संस्था/व्यक्ति/सरकार/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/but /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 its activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after the 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 confer on me any 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 का निशान 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 प्रपत्र में अंकित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, इस माध्यम/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" ने स्वयं अधिकृत है
2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से जुड़ित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता. इस संबंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept the following
1) that we do not & presently nor will in future avail of financial assistance from any other 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 the right to make up the shortfall from another NGO or any other source. This condition 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.

हमारे अधिकृत हस्ताक्षरी की अंर से मामले/रोगी का "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते है।
1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विनती उक्त रोगी के संबंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा यदि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनति आंशिक/सकल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य स्त्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस शर्त में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय गरह उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य स्त्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से ली जा रही सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है. रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं अस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और उसे आने की सभी जिम्मेदारी हमारी होगी, और "कोशिका" का कोई भूमिका व जिम्मेदारी इस संबंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Dr. ASHISHEK HANDA
MCI No.-09-35572
Sign

Date of Surgery आपरेशन की तारीख	(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
03-03-20		

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आंतरिक उपयोग हेतु

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