

C17107/0073

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

V/07/7/0164

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

13/07/17

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Hannarayan

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

60

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/सहोदर का नाम

Sher Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Vill- Ahnaut, Dist- Aligarh, Up, 202135

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

Same as above



PASTE PHOTO HERE

Preop Postop

(0164) Hannarayan

OCCUPATION :

व्यवसाय

Farmer

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

20000

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न) NA

PAN No. रखाई रखता संकेत

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

हाँ / 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-	Satyevati	55	F	wife

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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 किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE - IITC
	LE - IITC
	Surgery - Sice with TOL (RE)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि
1	SCCH	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा करें:

- 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 liable for rejection/cancellation.
- 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.
- 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 expenses for which this assistance is requested.
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न 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 निरास की जा सकती है।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो मदद मिले, उसका उपयोग उम्मीद के मुताबिक ही करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस सहायता हेतु मैं अब और किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न ही रिफंड ले रहा हूँ और न ही भविष्य में ले रहा हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise 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, 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.
- 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.
- इस प्रकार मैं अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार से प्रकाशित हैं, जहाँ "कोशिका" दस्तावेज, दान, सहायता एवं वित्तियन से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार सहायता से प्रचारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा या विवरण की प्रकाशना के मामले में मैं अपने या मेरे परिवार के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से सहमति देता हूँ।
- मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित हैं मुझे सहायता का हक्कदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" दस्तावेज ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या बायाँ हाथ की छाप

Hurnarayan

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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 & accept following:
- 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.
 - 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.
 - हम यहाँ अधिकृत, हस्ताक्षर करेंगे और ये सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से सहायता न स्वीकार करेंगे।
 - यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी सहायता किसी और सहायता स्रोत से किसी अन्य रोगी/रोगी के लिए या से ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता प्राप्त करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी आर्थिक/वित्तीय हेतु मदद की बिना जाता है तो हम सहायता किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस पुष्टि के साथ कहा जाता है कि हम सहायता हेतु सहायता हेतु किसी और सहायता स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं।
 - "कोशिका फाउन्डेशन" से जो मदद सहायता के लिए प्रकृति की है। रोगी पर हस्ताक्षर द्वारा ही मदद का निर्णय लेने का अधिकार सुरक्षित है। हम यहाँ घोषणा करते हैं कि "कोशिका फाउन्डेशन" से मदद का निर्णय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हम सहायता में रोगी के हितों सुरक्षित और अपने अपने की सहायता हेतु रोगी की सहायता की सहायता और "कोशिका" की कोई पुष्टि या सिफारिश इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

14/07/17

Dr. Ashwini Kumar

MBBS, MS, FICO

Reg. No. 66028

(Name, Designation & Regn. No. with Stamp)

डा. अश्विनी कुमार

(Name, Designation & Regn. No. with Stamp)

डॉ. अश्विनी कुमार

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2