

C110710082

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.



PASTE PHOTO HERE

Preop Postop

(0167) Omprakash

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

V/07/7/0169

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

14/07/17

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Omprakash

AGE-YEARS अनु-वर्ष

70

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

Ramjila

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Vill-Magna Lunkhrawa, Tehsil-Chhata, Mathura

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION :

व्यवसाय

- Farmer

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

- 24000

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न) NA

PAN No. यहाँ छात्र संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगावे।)

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	Ramvati	65	F	Wife
2	Prasad	40	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनियम 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) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें।)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनियम का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	KE - TMSC
	LE - TMSC
	Surgery - SCS with IOL (RF)

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 कौन सा सहायता राशि
1	SCM	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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.
- 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 amount for which this assistance is requested.
- मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रस्ताव में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य प्रमाण अभाव में गलत है तो मेरी सहायक विवरण को खारिज कर दिया जायेगा।
- मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल मेरे प्रस्ताव में दिये गये उद्देश्य के लिए किया जायेगा, जो इस प्रस्ताव में मंचन किया है।
- मैं घोषणा करता हूँ कि इस सहायक हेतु मैं अन्यत्र से कोई भी मदद, या फिर किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा करार)

- 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 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 अंगुली के छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी सहमति को प्रकट करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार में प्रयोग हो सकें, जहाँ "कोशिका" एम्प्लॉयी, दान, समर्थन/सहायता हेतु प्रचार/प्रसारण के माध्यम से लोगों को जानकारी दे और जानकारी के लिए किसी भी प्रकार का प्रयास करे। मेरी प्रस्ताव का निराकरण भी इसका कोई कारण नहीं है बल्कि मैं अपने नाम के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से मदद अधिकृत हूँ।
- मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रयोग हो सके। सहायता का हकदार नहीं बनूँगा। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लॉयी भरोदारों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदनक के हस्ताक्षर या बाएँ अंगुली का छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

- By affixing hereunder, signature of our Authorized 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 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.
 - 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.
- हमसे अधिकृत, हस्ताक्षर को और मेरे सम्बन्धित को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:
- यह कि मैं या मेरा हस्पताल और मैं ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायक संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए नहीं ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रारंभ किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट अधिकृत/अवकाश हेतु सफुर्त नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सहायक संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं ले रहे हैं।
 - "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्राप्त मिलेगी प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा ही सारा प्रचार/प्रचारण का प्रचारण होता है एवं हस्पताल को ही प्रचारण है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रचारण नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को प्रचारण प्रचारण और अन्य अन्य की सारी जिम्मेदारियाँ रोगी पर हस्पताल की होती हैं और "कोशिका" को कोई प्रचारण या जिम्मेदारियाँ इस सम्बंध में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 15/03/20	Dr. Ashwini Kumar MBBS MS FICO Reg. No. 6522 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर/नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोदार 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोदार 2
--	--