

4707/0096

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

4707/0178

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

16/07/17

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Manga Devi

AGE-YEARS आयु-वर्ष

70

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/सहोदर का नाम

w/o - Ram Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता

Vill - Peepali Kalan, Nagla Jagdev, Aligarh UP

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवास पता

Same as above

OCCUPATION:

व्यवसाय

- House wife

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

NA

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न)

NA

PAN No. स्थायी आय 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 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	Mangal Singh	48	M	Son
2	Ram Singh	45	M	Son
3	Ram Singh	42	M	Son
4	Ram Singh	35	M	Husband

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पर (प्रमाण पर की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पर (प्रमाण पर की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पर की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	---	---

"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 - JMSC
	LE - JMSC
	Surgery - SCS with Inl (RE)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

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



PASTE PHOTO HERE

Preop Postop

(0178) Manga Devi

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 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.
- 4) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा सत्य बात है तो मेरी सहायता निरास नहीं हो सकती है।
- 5) मैं इस बात को गंभीरता से "कोशिका फाउन्डेशन", से जो मैं चाहता हूँ, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में मांग रहा हूँ।
- 6) मैं यहाँ पर घोषणा करता हूँ कि मैं सहायता हेतु मांगे जा रहे हैं, उस राशि का अतिरिक्त या अलग किसी अन्य प्रोड/निरोधक/बीमा कम्पनी से नहीं 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 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.
- 3) इस प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या बाएँ की उंगली का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार में प्रकाशित करें, इसे "कोशिका" एम्प्लू, पत्र, साप्ताहिक दूरदर्शन, रेडियो, पत्रिकाओं और अन्य माध्यमों के माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरी इस बात का विवरण मेरी इच्छा के बिना या मेरे बिना के बिना "कोशिका फाउन्डेशन" या किसी अन्य माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत हैं।
- 4) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित हैं, मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लू, पत्र, साप्ताहिक, पत्रिकाओं और अन्य माध्यमों का निर्णय अंतिम और अविरोधकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक से उपरोक्त या बाएँ की उंगली का निशान



Mango Devi

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 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.

- हमने स्वीकृत, हस्ताक्षर की और से मांगे/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) वित्त प्रकाश से मांग या सौंपकर करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/मांगे में होने या से रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय/वित्तीय सहायता के माध्यम से "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मांग हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अतिरिक्त/अलग हेतु मांगू नहीं किया जाता है तो हमारा किसी अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल डिटेन मरर उक्त सहायता हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेना/लेना।
 - 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ही यह सहायता काव्य वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज इस बात पर निर्भर नहीं करता कि मैंने उपचार/चिकित्सा का चुनाव रोगी एवं हमारा से बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षित और स्वस्थ करने की उम्मीदों को ही हम हस्पताल की सोचें और "कोशिका" की कोई भी दबाव या विरोधकारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

17/07/12

Dr. Ashwini Kumar
MBBS MS FICO
Reg. No. 66025
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डाक्टर का नाम व इलाज करने वाले

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
रोग व रोग इलाज करने वाले अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2