

01/07/2015

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

V/077/0190

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

18/07/17

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Ramphal

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

72

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

Ranbapi

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Vidh- Brijish Bhampur, Dhamtoli Aligarh Up, 20223

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION:

व्यवसाय

- NA

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

NA

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न) NA

PAN No. टयाई खाता 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	Lajawati	40	F	Wife
2	Ramlekh	45	M	Son
3	Rinest	12	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा 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 दिये गये विनती का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली जा रही है?

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



PASTE PHOTO HERE

Preop Postop

(0190) Ramphal

DECLARATION by APPLICANT: (अर्पक 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 cost for which this assistance is requested.
- मैं यहाँ 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।
- मैं इस को आधार बनाकर "कॉशिका फाउंडेशन" से जो भी मदद ले रहा हूँ, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में घोषणा की है।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि भविष्य में मैं इस मदद के अतिरिक्त किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से भी मदद नहीं ले रहा हूँ और न ही भविष्य में ले रहा हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पक द्वारा करार)

- 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 अपनी हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्पक) अपनी स्वीकृति को पुष्टि करता हूँ एवं "कॉशिका फाउंडेशन" और उसके ट्रस्टियों को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वह विवरण इस प्रकार में घोषित है, जो "कॉशिका" द्वारा किसी भी माध्यम, यानी, मुद्रित, प्रकाशित, इलेक्ट्रॉनिक, या अन्य किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी इसका उपयोग इसी उद्देश्य के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में घोषणा किया गया है।
- मैं (अर्पक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी उद्देश्य के प्रसारित नहीं किया जायेगा। इस सम्बंध में "कॉशिका" द्वारा अपने ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्पक के हस्ताक्षर या बाएँ अंगूठे की छाप



Ramphel

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:
- 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.

- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मान्यता/स्वीकृति को "कॉशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं।
- यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता के माध्यम से किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी क्योंकि हम इसी उद्देश्य के लिये मदद ले रहे हैं, जैसे कि हमारे "कॉशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/स्वीकृति प्राप्त करने के माध्यम से "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किया जा रहा है। यदि "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता निरस्त/असहमत/अपूर्ण पायी जाती है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में हमारा मतलब है कि सहायता प्राप्त करने पर हमारी कोई भी जिम्मेदारी नहीं होगी और "कॉशिका" की कोई भी जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।
 - "कॉशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता कोष वित्तीय प्रकृति की है। हमारे हस्पताल द्वारा जो भी सहायता का निर्णय लेने का प्रकृति कोष का चुनाव हमारे एवं हस्पताल के बीच ही किया जा रहा है और "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकृति का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में हमारे को सहायता प्राप्त और अपने कार्य को जारी रखने/पूरा करने के लिये हस्पताल की होगी और "कॉशिका" की कोई भी जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

19/07/17

Dr. Ashwini Kumar
MBBS MS FICO
Reg No 68024
(Name of Dr. & Regn No. with Stamp)
हस्ताक्षर करने वाले डॉक्टर का नाम और छाप



(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी



FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आंतरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2