

C/1706/0126

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

V/077/0197

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

18/07/17

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Shanti

AGE-YEARS आयु-वर्ष

60

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कटुम्भ का नाम

w/o - Shvarti

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Vill - Nagla Tujhar, Aligarh, UP, 202123

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

Same as above



PASTE PHOTO HERE

Pre op Post op

(0197) Shanti

OCCUPATION :

व्यवसाय

- House wife

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

- NA

(Attach Proof of Income)

(आप 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 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 सम्बंध
1	Shvarti	62	M	Husband
2	Prem Kumar	35	M	Son
3	Ravi Kumar	32	M	Son
4	Ajay Kumar	28	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 किसे गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No.

क्रम संख्या

Medical Reports/Prescriptions Attached

अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न

KE - IMSC

LE - RP

Surgery - Sica with PCL (KE)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया है?

Sr. No.

क्रम संख्या

NAME of OTHER SOURCE

अन्य स्त्रोत का नाम

SCFH

AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED

की गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक 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.
- 1) मैं प्रस्ताव करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण झूठ फर्कत असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता विवरण को खारिज कर दिया जायेगा।
- 2) मैं इससे घोषणा करती हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जायेगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर घोषणा करती हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं की है, उस राशि का अधिकतम या समस्त हिस्सा किसी अन्य स्रोत/निरोधक/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा कबला)

- 1) 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.
- 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.
- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठी की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी सहायता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में घोषित हैं, जो "कोशिका" एम्बल्ड, चित्र, चरित्र/चित्रण द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को संचित करने में प्रयोग करने के लिए अधिकृत हैं। मेरी प्रश्न का विवरण मेरी सहायता के प्रकार या मदद के प्रकार के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित हैं मुझे स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्बल्ड उसके भरोदारों का निर्णय अंतिम और अचलकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगूठी का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कबला)

- 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 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.
 - 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.
 - हमसे अधिकृत, हमसे यहाँ पर "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश को जारी है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:
 - 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त होगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश की मदद के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त होगा कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विवरण अधिकतम/समस्त हेतु सन्तुष्ट नहीं किया जाता है तो हमसे प्राप्त किसी अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमसे प्राप्त होने वाली मदद केवल वित्तिय मदद है।
 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता संगठन वित्तिय प्रकृति की है। हमें पर हमसे प्राप्त होने वाली मदद का निर्णय हमसे/हमारे/हमारे द्वारा सुझाव देना एवं सम्पन्न को बीच से विवरण है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिए हमसे प्राप्त होने वाली मदद केवल वित्तिय मदद है और न ही भविष्य में मदद को होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

20/07/17

Dr. Ashwini Kumar

MBBS MS FHO

Reg. No. 6604

(Name of Dr. & Reg. No. with Stamp)

डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर-व रजि. नं.



(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory

on behalf of Hospital)

रजि. व पर हस्ताक्षर/चिह्न/आयकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आवेदनक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

आयकारी 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

आयकारी 2