

C/1024 0270

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

V/0017/0201

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

31/07/2017

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Premvati Devi

AGE-YEARS अनु-वर्ष

60

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कन्या का नाम

S/o-Bedi

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Vill- Sakhariga, Post- Bawson, Teh-
Aglaa, Dist- Aligarh, I.P. 202145

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

Same as above



Arup Pustop

(020) Premvati Devi

OCCUPATION :

व्यवसाय

House wife.

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

NA

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. स्थायी खाता संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही कर निशान लगाएं)

Yes / No

हां / 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	Premvati Devi	65	M	Husband
2	Arup	20	M	Son
3	Raksha	17	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवरी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ डालि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ डालि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ डालि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किने गये वस्तु का उद्देश्य:

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

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 लिये गई सहायता राशि
1	SCCH	

DECLARATION by APPLICANT: असेवक द्वारा घोषणा है:

- DECLARATION by APPLICANT:** अर्शिका झा घोषण करते हैं:
- 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, if any, 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-jest or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रत्येक में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य वाचन सत्य सत्य सत्य है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कौशल विकास योजना", से ही मैं यह हूँ। इसका उपयोग सभी उद्देश्यों की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रत्येक में माग किया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं किसी सहायता से नही यह प्रत्येक की नहीं है, जब तक कि यह अधिक नही सहायता निरास किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न हो सहायता है और न ही भविष्य में हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (SEE PG 60)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/print-up/republish 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.
- 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न का उत्तर इसलिए का अर्थ है कि मैं सहमत हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करने है कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में प्रेषित है, इसे "कोशिका" द्वारा यात्रा, यात्रा, सहायक द्वारा वर्तमान में मुझे चिकित्सीय और वित्तीयों के लिए किसी भी प्रकार सहायता से प्रत्यक्ष करने के लिए अधिकृत है। मेरा नाम का विवरण मेरे प्रश्न के उत्तर में का या करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या इसके अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायक को वर्तमान में प्रेषित है मुझे सहायता सहायता का सहायता नहीं करता इस अर्थ में "कोशिका" द्वारा यात्रा यात्रियों का निर्णय और सहायक को सहायता।

APPLICANT'S SIGNATURE _____ LEFT THUMB IMPRESSION _____

आपका यह प्रश्न बहुत ही महत्वपूर्ण है।

AGREEMENT by HOSPITAL: (HSPD08 00 000)

By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we
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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारी अतिथि, इकतारी की ओर से हमारी/हारी को "कोशिका का-कोश" से विशेष भावना से विभक्त की जाती है, जिसे हम (हम/हम) विभक्त से भाव से भावना करते हैं।

- [illegible]

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

सम्यक्काय के लिए संवत्सृति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

4/08/2017

Dr. Ashwini Kumar
MBBS MS, FICO
(Name of Dr. & Reg. No. with Stamp)
डा. अश्विनी कुमार

[Signature]
(Name, Designation & ...)

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
नमः अथ इत्येतत् अतिशय अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
पञ्चमः महोदयः 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
महोदय हस्ताक्षर 2

Exchanged

10/2/20