

C15/12/0253

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika  
foundation  
Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

V/0817/0203

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

31/07/017

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Ganga Sahaya

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

67

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

Chiranjee Lal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Vill - Tamahya, Po - Tamahya Dist - Aligarh UP 201145

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

Same as above



Pre op Post op

(0203) Ganga Sahaya

OCCUPATION:

व्यवसाय

Farmer

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

20000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. पान संख्या संलग्न

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

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

Yes / No

हां / नहीं

✓

## FAMILY DETAILS परिवार विवरण

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ सम्बंध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|------------------------------------------------|
| 1                      | Ramchandra                                        | 30                         | F              | Wife                                           |
| 2                      | Mani Mohan                                        | 42                         | M              | Son                                            |
| 3                      | Mani Chandra                                      | 40                         | M              | Son                                            |
| 4                      | Prakash                                           | 35                         | M              | Son                                            |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये चिह्नित आधार

|                                                                                                         |                                                                                                               |                                                                                       |                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>बीपीडी कार्ड के साथ प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र को साथ प्रेषित करें।) | EA's Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>आय कर वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र को साथ प्रेषित करें।) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोग्यता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र को साथ प्रेषित करें।) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये चिह्नित का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रमाणित सूची संलग्न |
|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
|                        | KE - FMSC                                                                                   |
|                        | LE - PP                                                                                     |
|                        | Surgery - Sick with Tel (KE)                                                                |

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.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>लौ गई सहायता राशि |
|------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 1                      | SCCH                                      |                                                         |

**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, 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 part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.

- 1) मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि इस प्रकरण 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।
- 2) मैं इस बात पर अत्यंत प्रति "कोशिका फाउंडेशन", से सहायता प्राप्त है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु या अन्यथा किसी भी रूप में, उस राशि का अधिक या समतुल्य किसी किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से या तो प्राप्त है और न ही भविष्य में प्राप्त होगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कथन)**

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/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.

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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीय" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, जो "कोशिका" द्वारा न्यासीय, दूर, चरित्रकथन द्वारा सहायता से मुझे यौद्धिकीय और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सहायता से प्राप्त करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे हस्ताक्षर के बिना या बिना मेरे नाम के बिना "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासीय अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित है मुझे सहायता प्राप्त करने का हक्क नहीं देता। इस प्रकरण में "कोशिका" द्वारा दायरे न्यासीय का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:**

आवेदक: डॉ. अश्विनी कुमारी द्वारा

**AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा कथन)**

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.

इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सार्वजनिक रूप से "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो हमारे और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी सार्वजनिक संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उन्ही उद्देश्य हेतु ली जायेगी, जो हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/प्राप्त करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मांग रहे हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकृत/प्रक्रिया हेतु स्वीकृत की जायेगी तो हॉस्पिटल किसी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हॉस्पिटल द्वारा प्रस्तावित नगर, उन्ही उद्देश्य हेतु किसी भी सार्वजनिक संस्थान या किसी अन्य स्रोत से नहीं ली जायेगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। हमारे हॉस्पिटल द्वारा दी गई सहायता या किसी भी उपचार/प्रक्रिया का चुनाव हमारे एवं हॉस्पिटल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हॉस्पिटल में ली गई सहायता सुरक्षित और अपने आप की जाती है बिना किसी भी प्रकार के हस्तक्षेप और "कोशिका" को कोई दबाव या बाध्यकारी इस प्रकरण में नहीं होती।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

|                                                           |                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Date of Surgery</b><br>ऑपरेशन की तारीख<br><br>01/08/17 | <br><b>Dr. Ashwini Kumar</b><br>MBBS MS FICO<br>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)<br>हॉस्पिटल का नाम व हस्ताक्षर | <br>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)<br>नाम व पद हॉस्पिटल अधिकृत अधिकारी |
|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



Date: \_\_\_\_\_  
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION - आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2