

C1302/0263

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

V/0812/0209

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

3/07/07

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Buddha

AGE-YEARS आयु-वर्ष

70

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

Teeka Devi

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

H.No-120, Rajshahi Marg, Mathura, UP

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

Same as above



Pico Postop

(0209) Buddha

OCCUPATION:

व्यवसाय

Farmer

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

10000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न) NA

PAN No. ईआई एन संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर चिह्न लगाएं)

Yes / No

हां / नहीं

✓

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध
1	Kamla	67	F	wife
2	Rashan	24	M	son
3	Ajay	21	M	son
4	Vijayash	19	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 की कतार छवि संलग्न करें)

EWS Certificate

(Attach Certificate Copy)

अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र
(प्रमाण पत्र की कतार छवि संलग्न करें)

Ration Card

(Attach Copy)

उपभोग्य कार्ड
(प्रमाण पत्र की कतार छवि संलग्न करें)

Any Other

Basis/Proof

अन्य कोई प्रमाण

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे मने किसी का उद्देश्य:

Sr. No.

क्रम संख्या

Medical Reports/Prescriptions Attached

अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न

RE - TMSC

RE - TMSC

Surgery - FCF with FOL (RE)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES:

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

Sr. No.

क्रम संख्या

NAME of OTHER SOURCE

अन्य स्रोत का नाम

AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED

लै गई सहायता रकम

Self

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 घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म 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 दृढ़ता से पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस फॉर्म में पता लगा है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु अब या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले सकूँगा।

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 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 फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या बायाँ की उंगली का निशान देकर मैं (आवेदक) कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस फॉर्म में घोषित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा यादगार, दूर, सार्वजनिक स्थानों पर प्रदर्शित करने के लिए प्रचारित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरी इस सहमति का अर्थ यह नहीं है कि मैं अपने नाम के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता अधिकृत हूँ।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कोशिका फाउंडेशन के उद्देश्यों के प्रचारित करने के लिए सहायता का प्रस्ताव नहीं करता। इस प्रक्रिया में "कोशिका" द्वारा दिये गये निर्णयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या बायाँ की उंगली का निशान



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.

- हस्ताक्षर करके, हमारा प्राधिकृत हस्ताक्षर करने वाले कोशिका फाउंडेशन के लिए इस मामले/रोगी के लिए वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में हम किसी भी अन्य सहायता को प्राप्त करने के लिए किसी भी अन्य स्रोत से सहायता लेते हैं, जो कि हमारे "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए है। यदि कोशिका फाउंडेशन द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमारा हस्पताल कोशिका फाउंडेशन से प्राप्त करने के लिए सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि के साथ कहा जाता है कि कोशिका फाउंडेशन द्वारा सहायता केवल वित्तीय सहायता के लिए है।
 - 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो सहायता मिलेगी, वह केवल वित्तीय सहायता है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी, एवं हस्पताल को बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को उपचार सुलभ और अपने चर्चा की सारी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल को होंगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए सिफारिश

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

62/08/07

Dr. Ashwini Kumar
MBBS-MS FICO
Reg. No. 08028
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर के साथ रजिस्ट्रेशन नंबर

(Name, Designation & Stamp of Authorised-Signatory on behalf of Hospital)
नाम व पद, हस्ताक्षर और मुद्रा अधिकारी



FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION - आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2