

C17/07/0267

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

V/08/7/0212

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

31/07/017

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Maharani

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

51

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्न्य का नाम

Sp- Sohan Lal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

H. No- 332, Vill- Bhauriha, Post- Jametiya Beshwari

Dehat, Dist- Aligarh, UP-202145

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

Same as above



Preop Postop

(0212) Maharani

OCCUPATION :

व्यवसाय

House wife

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

NA

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. स्थायी आय संचयन

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

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 संबंध
1	Amprakash	60	M	husband
2	Jaya	28	F	Daughter
3	Rangaram	23	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए निम्न आधार

BPL Card (Attach Card Copy) सटीको रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ प्रति संलग्न करें)	EWIS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे मने निम्न का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रमाणित सूची संलग्न
	RE - IMSC
	LE - Early Contact
	SURGERY - Sica with IOL (RE)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिय गया हो?

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

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा घोषणा करें)

- 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन सत्य एवं सही है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात से गंभीरतापूर्वक "कोशिका फाउंडेशन", से सहायता प्राप्त करने की पुष्टि करता हूँ कि मैंने किया अनुरोध, जो इस प्रारूप में गद्य किया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह अनुरोध नहीं किया है, उस दवा की अधिक या कमता किसी अन्य प्रोडिक्ट/इंश्योरेंस कंपनी से या से लिया है और न ही भविष्य में लूंगा

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कथन)

- 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित हैं, जो "कोशिका" द्वारा, दवा, चिकित्सा के माध्यम से मुझे चिकित्सीय और चिकित्सीयों को सिने किसी भी प्रकार सहायता से प्राप्त करने के लिए अधिकृत है। मेरे नाम का विवरण मेरे प्रारूप में प्रकाशित है कि मैंने "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित है मुझे सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस अनुरोध में "कोशिका" द्वारा प्रकाशित न्यासी का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या बाएं अंगूठे की छाप

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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 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.

हस्ताक्षर करके, हमारे द्वारा सिगनेचर की सिफारिश करने के लिए हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।

1) कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी सहायता के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने के लिए या से रहे हैं, जो कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता प्राप्त करने के लिए अनुरोध किया है। यदि सहायता "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान नहीं की जाती है, तो हमें सहायता प्राप्त करने के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि के अंतर्गत कहा जाता है कि सहायता वित्तीय मदद, उस दवा/चिकित्सा हेतु किसी भी प्रकार सहायता या किसी अन्य सहायता से नहीं ले सकते हैं।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही मैं सहायता के लिए अनुरोध कर रहा हूँ। मेरी या हमारे द्वारा कोई भी दवा या चिकित्सा उपचार या चिकित्सा उपचार का चुनाव करने का हस्ताक्षर को सही का विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दवा नहीं है। इसलिए हस्पताल में मेरी या हमारे द्वारा दवा और अन्य दवा की सभी जिम्मेदारी मेरी या हमारे द्वारा की जाती है और "कोशिका" को कोई भी दवा या चिकित्सा उपचार नहीं है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

02/08/17


Dr. Ashwini Kumar
MBBS MS FICO
Reg. No. 66028
(Name of Dr. & Rego. No. with Stamp)
हस्ताक्षर का नाम व पंजीकरण नंबर के साथ छाप


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

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आंतरिक उपयोग हेतु)**SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2