

(A10710286)

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika
foundation

Building Block of life

APPLICATION No. :
आवेदन संख्या :

V/0817/0214

APPLICATION DATE :
आवेदन तिथि

31/07/2017

NAME of APPLICANT :
आवेदक का नाम

Mahadevi

AGE-YEARS आयु-वर्ष

65

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :
पिता/हस्तु का नाम

S/O - Kailasi

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Vill - Kana, Post - Bhemit, Dist - Aligarh,
U.P. 202002

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

Same as above

PASTE PHOTO HERE
Pre Op Post Op

(0214) Mahadevi

OCCUPATION :

House wife

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

NA

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. इसका खाल 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 लगावे)

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	Chakhalal		M	Husband
2	Kambodhi		F	Daughter
3	Sachin Lal		M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये निम्न आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे गये निम्न का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आपका/आपकी से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE - HMSC
	RE - TMS
	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 लिया गया है?

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

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 प्रत्यक्ष में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई निरवयव एवं/वास्तविक सत्य नहीं है तो मेरी आवेदन पत्र निरस्त कर दिया जा सकता है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसे केवल उसी उद्देश्य के पूर्ण को निर्वहन किया जाएगा, जो इस प्रत्यक्ष में मांग किया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं किसी अन्य स्रोत से इस सहायता की राशि के लिए, या भविष्य में, किसी भी प्रकार की रकम प्राप्त करने की योजना नहीं बना रहा हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा सहमति)

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 fulfilment 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 प्रत्यक्ष पर मेरी हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों को मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे उद्देश्य के बारे में जानकारी देने के लिए, जिसमें मुझे सहायता मिलने की आवश्यकता है, के लिए जानकारी देना और/या कोशिका फाउंडेशन के गतिविधियों/सफलताओं के बारे में जानकारी देना, के लिए सहमत हूँ।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे उद्देश्य के बारे में जानकारी देना, जिसमें मुझे सहायता मिलने की आवश्यकता है, के लिए सहमत हूँ।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमति)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.

हमारे अंगीकार, हमारा यह है कि हम कोशिका फाउंडेशन से वित्तीय सहायता के लिए अनुरोध कर रहे हैं, जो कि हम (हॉस्पिटल) को वित्तीय सहायता के लिए अनुरोध कर रहे हैं।

1) यह कि हम वर्तमान में या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता के लिए अनुरोध कर रहे हैं, जो कि कोशिका फाउंडेशन से अनुरोध किया गया है, के लिए अनुरोध किया गया है।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता मिले, उसे केवल उसी उद्देश्य के पूर्ण को निर्वहन किया जाएगा, जो इस प्रत्यक्ष में मांग किया गया है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृत्य के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

03/08/2017

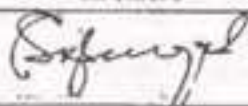

Dr. Ashwini Kumar
MBBS MS FICO
Reg. No. 68028
(Name of Dr. & Reg. No. with Stamp)
हस्ताक्षर का नाम व पंजीकरण नंबर


(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
हॉस्पिटल के अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

