

C17/08/0007

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

V/0817/0210

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

02/08/07

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Kela Devi

AGE-YEARS आयु-वर्ष

70

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/सहोदर का नाम

s/o - Gauri Prasad

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

vill - Midhani Block - Ranga, Dist - Mathura

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

Same as above



Preop Postop

(0216) Kela Devi

OCCUPATION :

व्यवसाय

House Wife

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of income)

(आय का साक्ष्य संलग्न) NA

PAN No. स्पष्ट खाल छोड़ें

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का चिह्न 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	Devi Singh	73	M	husband
2	Rishi	10	M	Son
3	Madan	25	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए विनंति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) राष्ट्रीय रक्षा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें)	EA's Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय कर प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोगिका कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गए विनंति का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE - R.P.
	LF - TMSC
	Surgery - Sire with JOL (16)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गए हैं?

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: (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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य रूप में अलग दावा नहीं है तो वे भी अनिवार्य रूप से सही एवं सत्य हैं।
- 2) मैं दृढ़ता से घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उहाँ उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में सत्य दावा है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं किसी भी प्रकार से या भविष्य में, किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी, के द्वारा उहाँ उद्देश्य के लिये प्राप्त की गई राशि का उपयोग नहीं करूँगा।

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 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 in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा, प्रकाशित करने के लिये उपयोग में कर सकते हैं। इस उपयोग के लिये किसी भी माध्यम से प्रचारित करने के लिये अधिकृत है। मैं इसका उपयोग करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" से अनुरोध करता हूँ।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य के अंतर्गत है, उसका उपयोग "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा कर सकता है। इस उपयोग के लिये "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा उहाँ उद्देश्य के अंतर्गत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



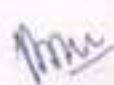
AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा करार)

- 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 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.

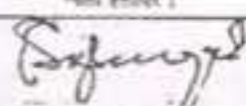
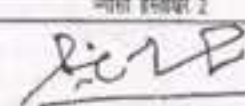
इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मर्यादित करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) सिफारिश करने के लिये व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि मैं न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उहाँ उद्देश्य के लिये या से ली जा रही है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अपने उद्देश्य के लिये अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि से हम यह स्वीकार करते हैं कि हमारा निर्णय, उहाँ उद्देश्य के लिये किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं ली जा रही है।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज हमारे द्वारा ही किया जा रहा है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हमारा निर्णय, उहाँ उद्देश्य के लिये या से ली जा रही है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान किया है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिये सिफारिश

Date of Surgery उद्देश्य की तिथि 03/08/17	 Dr. Ashwini Kumar MBBS MS FICO Reg. No. 60028 (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर के साथ मुद्रा	 Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital नाम व पद हॉस्पिटल अधिकृत अधिकारी
---	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नाम हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नाम हस्ताक्षर 2 
--	---