

C17/08/0008

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

V/08/0217

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

02/08/07

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Shanti

AGE-YEARS आयु-वर्ष

60

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

S/o - Jagveer

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Vill - Budhahi, Block - Pargo Distt - Mathura

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता

Same as above



Pre-op Post-op

(0217) Shanti

OCCUPATION:

व्यवसाय

- House wife

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न) NA

PAN No. स्थायी खाता 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 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	Bharmpal	30	M	Husband
2	Harender	45	M	Son
3	Ravindra	42	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये निम्न आधार

BPL Card (Attach Card Copy) सहायी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपया प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपया प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोगिका कार्ड (प्रमाण पत्र की कृपया प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे गये किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रमाणित सूची संलग्न
	KE - TMSC
	LE - TMSC
	Surgery - Sica with 2x2 (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. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सही गई सहायता राशि
1	SEH	

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 असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में मांग किया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं किसी सहायक हेतु या कार्य के लिए, उस राशि का अधिक या समतुल्य किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न ले लिये हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण):

- 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/post-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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या बाईं ओर की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, इसे "कोशिका" द्वारा यादृच्छिक रूप से उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी इच्छा अनुसार प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मैं प्रारूप का विवरण मेरे इलाज के खर्चे या अन्य से करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से नहीं अधिकृत हूँ।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से घोषित है, उन्हें सहायता का हस्ताक्षर नहीं बसता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उद्देश्यों के लिए अंतिम और अविरोध योग्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक की हस्ताक्षर या बाईं ओर की छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण):

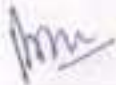
- By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any 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.
- हमने अधिकृत, हमसहरी की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उठाया जाएगा जो हमें या रोगी को है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उठा के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता सिफारिश नहीं/असफल हेतु प्रस्तावित किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत/स्रोत से अस्पताल को या अधिकतर सुनिश्चित करता है। इस प्रकार से स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय मदद, उठाया जाएगा हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही यह सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही यह प्रत्यक्ष या अप्रत्यक्ष रूप से उपचार/प्रक्रिया का चुनाव होगा, एवं हस्पताल को ही सही का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रत्यक्ष नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाज सुनिश्चित और करने वाले को सही सिफारिशें रोगी एवं हस्पताल को होंगे और "कोशिका" को कोई वित्तीय या वित्तीय हस्तक्षेप इस मामले में नहीं होगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए स्वीकृति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

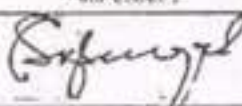
03/08/017


Dr. Ashwini Kumar
MBBS MS FICO
Reg. No. 66028
(Name of Dr. & Registrar with Stamp)
हस्ताक्षर का नाम व पद/पद/पद/पद


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

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1
(नामो हस्ताक्षर 1)



SIGNATURE of TRUSTEE 2
(नामो हस्ताक्षर 2)

