

C17/08/0003

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

V/0817/0220

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

02/08/07

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Padama

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

75

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/सहोदर का नाम

S/o - Lekha

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

Vill - Nagla Janyia Budhani, PO - Nagla, Dist - Mathura

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता

Same as above



PASTE PHOTO HERE

Preop Postop

(0220) Padama

OCCUPATION:

व्यवसाय

Farmer

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

18000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें)

NA

PAN No. उपाय का संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर टिकी 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 सम्बन्ध
①	Jayna	71	F	Wife
②	Devdhar	78	M	CGP
③	Rudra Shyam	45	M	SGP

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवक्षित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आयु वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपायका कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे गये निशान का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अवकाश/प्रीस्क्रिप्शन से जोड़ी की गई प्रतिवेदन प्रतिलिपि संलग्न
	RF - B.C
	LF - Alpha
	Surgery - Sinc with TOL (RE)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?

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

DECLARATION by APPLICANT: (अर्पणक 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, 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 यहाँ पर कह रहा हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरे ज्ञानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन गलत या झूठ साबित हो तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को गंभीरतापूर्वक "कोशिका फाउंडेशन", से स्वीकार करता हूँ कि, इसका उपयोग उम्मीद उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में माग किया है।
- 3) मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि मैं भविष्य में इस राशि को पूर्णतः, इस राशि का अधिकतम या समस्त विवरण किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस कंपनी से न ले लियेगा और न ही यहाँ पर से लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पणक 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/scholarships. 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 final and acceptable to me.

- 1) इस बात का अपने हस्ताक्षर या मुद्रा की साथ सहमत, मैं (अर्पणक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, इसे "कोशिका" द्वारा जारी, दान, सहायक धन के माध्यम से जुड़े गतिविधियों और जानकारी के लिये किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा या विवरण की इसका उपयोग करने या न करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" का निर्णय अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्पणक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित हैं, स्वतः सहायता का हक्का नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उक्त निर्णय का अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

अर्पणक के हस्ताक्षर या मुद्रा का स्थान


AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल 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.

हमने अधिकृत, हस्ताक्षर की और न केवल/दोनों को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और साधक से संभव या किसी अन्य स्रोत से उक्त पैरिशर/रोगी में सेने या ले रहे हैं, बल्कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विवरण अधिकृत/सफल हेतु कथन की किताब है तो सहायता विवरण अन्य के साधक से संभव या किसी अन्य साधक से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जा रहा है कि अस्पताल द्वितीय पक्ष उक्त पैरिशर/रोगी हेतु किसी और साधक से संभव या किसी अन्य साधक से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से सेने या सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हॉस्पिटल द्वारा सेने या सहायता या किसी रोगी उपचार/प्रक्रिया का चुनाव सेने, एवं हॉस्पिटल के बीच का विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हॉस्पिटल में सेने के हस्तगत सुझाव और जाने जाने की सभी जिम्मेदारी सेने एवं हॉस्पिटल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

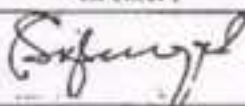
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

03/08/13

Dr. Ashwini Kumar
MBBS, MS, FICO
Reg. No. 66028
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व प्रमाण नं. साथ में

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

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION - आंतरिक उपयोग हेतुSIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यायी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायी हस्ताक्षर 2
