

C17/07/0274

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

V/0817/0222

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

3/07/17

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Ram Dulari

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

70

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/हस्तु का नाम

S/o - Hari Lal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Vill - Bhawan Kalan, Post - Tomatia Berauan
dehal, Dist - Aligarh, Uttar Pradesh,
202145

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

Same as above



Post postop

(0222) Ram Dulari

OCCUPATION :

व्यवसाय

House wife

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

NA

(Attach Proof of income)

(आय का साक्ष्य संलग्न) NA

PAN No. स्थायी आय संख्या

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

आप आय कर दाता हैं (जो सत्य 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	NARAYAN PRASAD	32	M	husband
2	Kela	32	F	Daughter
3	Rahul	30	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए निम्न आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विपत्ती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RF - R.P
	IE - IMSC
	Amputation - Sica with IOL (E)

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 ही गई सहायता राशि
1	SCHE	

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा घोषणा):

- 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी सहायता निरास हो या सख्त हो।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से सहायता मिलेगी, तो मैं उसे केवल "उद्देश्य" के लिए ही इस्तेमाल करूँगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में या वर्तमान में ही, किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से वही राशि नहीं ले रहा हूँ जो मैंने इस फॉर्म में माँगी है।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा स्वीकार):

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/print-up/produce 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 is this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रकार मैं अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस फॉर्म में बताये गये, जो "कोशिका" द्वारा माँगी गई, या, सामान्य रूप से चर्चा में ली जाने वाली और सहायता के लिए किसी भी प्रकार सहायता से प्रभावित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे द्वारा या किसी भी प्रकार के मामले में या मेरे द्वारा "कोशिका फाउंडेशन" से माँगी गई सहायता।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित हैं उन्हें सहायता को प्रचारित नहीं करना। इस प्रकार मैं "कोशिका" द्वारा माँगी गई सहायता को अपने अधिकार और सम्पत्ति नहीं मानता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक की हस्ताक्षर या बायाँ हाथ की छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा स्वीकार):

By affixing the 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.

इससे अधिकृत, हमारे अधिकृत हस्ताक्षर करने वाले को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को ज्ञात है, जिसे हम (हॉस्पिटल) इस प्रकार से मान्यता दे रहे हैं।

- 1) यह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वही सहायता माँगी जायेगी जो कि हमारे पास से माँगी जा रही है, जब तक कि हमारे पास से माँगी गई सहायता को "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान किया जाये। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा माँगी गई सहायता को "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान किया जाये, तो हमारे पास से माँगी गई सहायता को "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान किया जायेगा। इस प्रकार मैं घोषणा करता हूँ कि हमारे पास से माँगी गई सहायता को "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान किया जायेगा।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से दी गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमारे पास हमारे पास से माँगी गई सहायता को "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान किया जायेगा। हमारे पास से माँगी गई सहायता को "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान किया जायेगा। हमारे पास से माँगी गई सहायता को "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान किया जायेगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए, रजिस्ट्रार

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

03/08/17

Dr. Ashwini Kumar
MBBS MS FICO
Reg. No. 66028

(Name of Dr. & Reg. No. with Stamp)

हस्ताक्षर का नाम व रजिस्ट्रेशन नंबर

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)

नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1

आवर्तक हस्ताक्षर 1

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2

आवर्तक हस्ताक्षर 2

[Signature]