

C17/08/0016

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

V/0017/0229

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

04/08/017

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Khacher Singh

AGE-YEARS आयु-वर्ष

80

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

Ramchandra

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Vill - Pooni, Heemloom, Distt - Mathura 1/2
201204

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

Same as above

for op for op

(0229) Khacher Singh

OCCUPATION:

व्यवसाय

Farmer

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

21000/-

(Attach Proof of income)

(आय का प्रमाण संलग्न) N

PAN No. स्थाई 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	Ramwati	36	F	wife
2	Ramkumar	41	M	son
3	Pappu	34	M	son
4	Indira	25	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) सही रीति में नोट प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWIS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोगका कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साधन
---	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनोद का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रीस्क्रिप्शन सूची संलग्न
	RE - R.P.
	LE - L.M.S.C.
	Surgery - S.C.S. with Jol (LE)

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
	SCFH	

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शेक ह्यु प्रोपस १४)

- 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 पर कह रहा हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो उसे ग्राहकता रिक्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर सातवां बात "कोशिका फाउंडेशन", से सहायता की है, इसका उपयोग वही उद्देश्य के लिए के लिए किया जायेगा, जो इस प्रारूप में माग किया है।
- 3) मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि मैंने सहायता हेतु का अर्थित की नहीं है, उस राशि का अधिक या कमत विस्तार किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेक ह्यु कर)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-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 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (अर्शेक) यहाँ पर सहमत हो रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" और उसके "ट्रस्टी" को अधिकृत कर रहा हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रेषित हैं, इसे "कोशिका" द्वारा यादगार, चर, पत्रिका/पत्रिका द्वारा इत्यादि से मुझे विविध माध्यमों और उपकरणों के लिए किसी भी प्रकार सहायता को प्रेषित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे प्रारूप में प्रेषित या बदलने वाले के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या भवती अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित हैं मुझे सहायता का इंतजार नहीं करता। इस प्रारूप में "कोशिका" द्वारा प्रेषित माध्यमों का निर्देश और सहायता की होगी।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शेक का हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप

रविवर

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल ह्यु कर)

- 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.

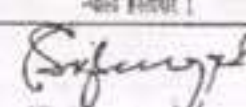
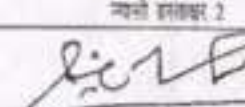
- हस्ताक्षर, हस्ताक्षर की ओर से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) सिफारिश से अन्य न अस्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विभिन्न सहायता किसी भी सहायता स्रोत या किसी अन्य स्रोत से सहायता हेतु माग की जायेगी, जो कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट सहायता के अर्थित में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा माग किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट/सहायता हेतु माग की जायेगी तो सहायता किसी अन्य स्रोत या सहायता स्रोत या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा जाय है कि सहायता सिफारिश मात्र, उस सहायता हेतु किसी भी सहायता स्रोत या किसी अन्य सहायता से नहीं लेना होगा।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही मैं सहायता के लिए प्रार्थना कर रहा हूँ। मेरी या हस्पताल द्वारा ही मैं सहायता या किसी अन्य उपकरण/उपकरण या उपकरण से ही सहायता के लिए माग किया है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में मेरी या हस्पताल द्वारा और अन्य स्रोतों की सहायता हेतु माग की जायेगी और "कोशिका" को कोई प्रभाव या विनिर्दिष्ट सहायता नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए सिफारिश

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 05/08/17	 Dr. Ashwini Kumar MBBS MS FICU Reg. No. 06028 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम या हस्ताक्षर/सिफारिश	 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हम व हम हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 ज्योती हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 ज्योती हस्ताक्षर 2 
---	--