

17/06/2023

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.:
आवेदन संख्या:

V/0817/0232

APPLICATION DATE:
आवेदन तिथि

04/06/23

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम

Babu Singh

AGE-YEARS आयु-वर्ष

75

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:
पिता/सहोदर का नाम

S/o - Jugal Kishor

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Village - Naam Naam, Block - Kaya, Dist - Mathura
Up - 281204

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

Same as above



Preop Postop
(0232) Babu Singh

OCCUPATION:
व्यवसाय

Farmer

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय

2000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न) NA

PAN No. स्वयं खाते संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर खींची का निशान लगाएं)

Yes / No

हां / नहीं

✓

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sl. 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	Naama Devi	72	F	Wife
2	Kam Singh	32	M	Son
3	Susmitha	28	M	Son
4	Rajjo	23	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये निम्नलिखित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) सहायता के लिये प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को जमा करि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को जमा करि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को जमा करि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये निम्नलिखित उद्देश्य:

Sl. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई डॉकिमेंट संलग्न
	RE - P.P
	LE - B.C
	Surgery - Gies with IOL (LE)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया हो?

Sl. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि
1	SCFH	

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा भर्ना करा)

- 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.
- 4) मैं यहाँ पर यह कह रहा हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं/वास्तविकता असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता रद्द की जा सकती है।
- 5) मैं यहाँ पर साफ़ तौर पर "कोशिका फाउन्डेशन", से सहायता ले रहा हूँ, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया करूँगा, जो इस प्रकरण में माग किया है।
- 6) मैं यहाँ पर यह कह रहा हूँ कि मैं भविष्य में इस सहायता के लिए किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न तो रिफंड ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

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 it's 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 it's activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfilment 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.
- 3) इस प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या बाँजू की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके त्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, इसी "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रसारण/प्रसारण के माध्यम से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सहायता से प्रार्थना करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे द्वारा का विवरण मेरे द्वारा के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से प्रकाशित अधिकृत है।
- 4) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित हैं मुझे सहायता प्राप्त करने का अधिकार नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" द्वारा प्रकाशित गतिविधियों का निर्णय त्रस्टी और सहायकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक की हस्ताक्षर या बाँजू की छाप

बालू सिंह

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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 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.

हस्ताक्षर/छाप करके, हम यहाँ पर हमारे अधिकृत हस्ताक्षर/छाप के द्वारा यह सिफारिश की जाती है, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से अन्य से सहायता ले रहे हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी सहायता मिलेगी है, जो कि हमारे द्वारा से प्राप्त की जा रही है, जो कि हमारे द्वारा से प्राप्त की जा रही है, जो कि हमारे द्वारा से प्राप्त की जा रही है।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त की जा रही सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमारे द्वारा सिफारिश की जा रही सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमारे द्वारा सिफारिश की जा रही सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संशुद्धि

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 05/08/07	Dr. Ashwini Kumar MBBS, MS, FICO Reg. No. 66028 (Name of Dr. & Regn. No. with stamp) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नम्बर 1 हस्ताक्षर [Signature]	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नम्बर 2 हस्ताक्षर [Signature]
--	--