

C17/08/0022

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

V/0817/0235

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

04/08/17

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Machhala Devi

AGE-YEARS आयु-वर्ष

70

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/सहोदर का नाम

Ramdas

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

VPIE Pandhara Post - Mahabaleshwar, Dist - Malhara, 20124, U.P.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

Same as above

OCCUPATION :

व्यवसाय

House wife

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

NA

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें)

NA

PAN No. पैन संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न 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.	Talwar Singh	25	M	Husband
2.	Talwar Singh	25	M	Son
3.	Khushboo	25	F	Daughter
4.	Wajid	17	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ प्रेषित करें)	EW's Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ प्रेषित करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ प्रेषित करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached वैद्यकीय/प्रीस्क्रिप्शन से जुड़ी कोई भी प्रमाणित सूची संलग्न
	RE - 2011
	RE - 2012
	Surgery - Stomach with (LE)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त क्या हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED प्राप्त हुई सहायता राशि
1.	SCHE	

Preop Postop

(0235) Machhala Devi

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शिका फाउंडेशन के लिए)

- 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 यह घोषणा कर रहा हूँ कि इस प्रकरण में दिए गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो यह प्रकरण निरस्त हो सकता है।
- 2) मैं यहाँ पर घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से यदि कोई सहायता मिलेगी, तो मैं उसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही प्रयोग करूँगा, जो इस प्रकरण में माँगा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर घोषणा कर रहा हूँ कि मैं किसी भी प्रकार से या भविष्य में पूर्ण रूप से या आंशिक रूप से, किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले सकूँगा और न ही किसी से स्वीकृति

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शिका फाउंडेशन के लिए)

- 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/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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शिका) यहाँ पर सहमत हो रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" और उसके "ट्रस्टी" को मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में माँगा है, उसे "कोशिका" द्वारा मुझे, दान, सहायता के माध्यम से या किसी भी अन्य माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे नाम का विवरण मेरे हस्ताक्षर के बिना या मेरे बिना के बिना "कोशिका फाउंडेशन" में प्रकाशित नहीं किया जा सकता है।
- 2) मैं (अर्शिका) इस बात से सहमत हो रहा हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से माँगा है, मुझे सहायता का हस्ताक्षर नहीं लगाया इस संबंध में "कोशिका" द्वारा प्रकाशित करने का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

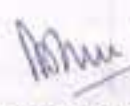
अर्शिका के हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल के लिए)

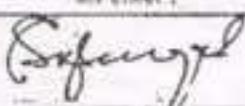
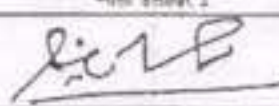
- By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any 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 करके, हम यहाँ पर स्वीकार करते हैं कि "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जा रही है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकरण से मान्यता दे रहे हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी अन्य स्रोत या किसी अन्य स्रोत से उठाया जाएगा जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए माँगा गया है। यदि "कोशिका फांडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें सहायता किसी अन्य स्रोत या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि से स्पष्ट कहा जा रहा है कि सहायता केवल वित्तीय मदद, उपाय/प्रक्रिया हेतु किसी भी सहायता स्रोत या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेया जायेगा।
 - 2) "कोशिका फाउंडेशन" से यदि कोई सहायता प्रदान की जाती है, तो यह सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमें यह स्पष्ट है कि हमें उपचार/प्रक्रिया का चुनाव करने एवं हस्ताक्षर के बीच का विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकरण का कोई दायित्व नहीं है। हस्ताक्षर हस्ताक्षर के तहत के हस्ताक्षर सुरक्षित और उनके जाने की सभी जिम्मेदारी हमें एवं हस्ताक्षर की होती है और "कोशिका" को कोई दायित्व या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 05/08/2017	 Dr. Ashwini Kumar MBBS, MS FICO Reg No. 66028 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाहाबाद के लिए	 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हम व हमारा हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अर्शिका फाउंडेशन के लिए)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2 
---	--