

C17/08/0048

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(रक्तस्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

V/0817/0241

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

09/08/2017

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Mina

AGE-YEARS आयु-वर्ष

50

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कन्या का नाम

S/o Ramchandel

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

H.No-450, Vill- Badha, Teh- Mahawan, BK-Raya,
Dist- Mathura, U.P. 201308

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

Same as above



Priest Postop

(0241) Mina

OCCUPATION :

व्यवसाय

house wife

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

NA

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न) NA

PAN No. स्थायी 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 सम्बंध
1	Dev Kumar	62	M	Husband
2	Prakash	30	M	Son
3	Shakti	22	M	Son
4	Anvita	25	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) सही रीति में नकल प्रस्तुत करें (प्रमाण पत्र की नकल जोड़ें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की नकल जोड़ें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की नकल जोड़ें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे गये किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रीस्क्रिप्शन संलग्न
	RF - GMS
	IF - GMS
	Surgery - (IF) Photo with 'GOL'

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 ही गई सहायता राशि
1	SCHE	

DECLARATION by APPLICANT: ☐ **Yes** ☐ **No**

- 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 कबल हूँ कि इस प्रारण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं सहाय्य प्राप्त जगह गलत है तो वेरी सत्यता प्राप्त हो जा सकती है।
- 2) मैं इस पर आग्रहपूर्वक "कोशिका फाउंडेशन", से सहाय्य प्राप्त हो रही है, इसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारण में प्राप्त किया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कबल हूँ कि मैं इस सहाय्य से जुड़ा कोई अन्य स्रोत, या भविष्य में सहाय्य प्राप्त किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (SEE THE END WORK)

- 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/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 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 प्रश्न का अर्थ इसप्रकार का होता है कि आप सहमत हैं कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत होगा कि वे आप, आप, पते और जो विवरण इस प्रश्न में उल्लिखित हैं, उसे "कोशिका" एप्लू न्यासीयों, आप, आपका/आपकी पुनर्निर्माण के मुझे अधिकृत करने और न्यासीयों को उनके किसी भी प्रकार के उपयोग से सम्बंधित करने के लिए अधिकृत है। मैं इसका विवरण मैं इसका मैं अपने या मेरे अपने को लिए "कोशिका फाउंडेशन" के न्यासीय अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि वे आप, आप, पते और विवरण को कि सहायता के निर्णय में अधिकृत है मुझे तथा; सहायता का स्वरूप नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एप्लू उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और सार्वभौमिक होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION _____

आपके लिए हमारा यह अंग्रेजी का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (WASH DC REG)

By affixing hereunder, signature of the undersigned, I certify that I am a physician for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept to receive:

- 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.

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संसक्ति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

10/08/07

Dr. Ashwini Kumar
MBBS MS FICO
Reg. No. 66028
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

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

नमः न पद इत्येतत् अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक प्रयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

 NAME: _____

Exemplar

SIGNATURE of TRUSTEE 2
प्राप्तकर्ता २

2000