

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 संबंध
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 प्रमाण पत्र (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: (अर्शक द्वारा घोषणा पत्र)

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं/वास्तविकता सत्य नहीं है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इससे घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग उसी उद्देश्य के पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में माग किया है।
- 3) मैं पुनः घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न ले लिये हूँ और न ही लिये हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा सहमति)

- 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 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 अंगूठी की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, चोट और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित हैं, जो "कोशिका" एम्प्लू मीसर्स, प्रा. लि. के माध्यम से वितरण के द्वारा अन्य स्रोतों से धन जुटाने के लिए किसी भी माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत हैं। मैं इसका उपयोग मेरे उद्देश्य के पूर्ण के लिये करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से जानकारी अधिकृत हूँ।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, चोट और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य के अंतर्गत हैं उन्हें सहायता प्राप्त करने के लिए प्रकाशित किया जा सकता है। इस मामले में "कोशिका" एम्प्लू मीसर्स का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक का हस्ताक्षर या अंगूठा का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा सहमति)

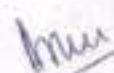
- By affixing hereunder, signature of the Hospital's authorized signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept to:
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO 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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की और से यहाँ पर दिये गये "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से जहाँ से सहायता प्राप्त करने के लिए हम "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता प्राप्त करने के लिए अनुरोध कर रहे हैं, जब तक कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता प्राप्त करने के लिए अनुरोध किया गया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जाती है, तो हमें सहायता प्राप्त करने के लिए अनुरोध किया गया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जाती है, तो हमें सहायता प्राप्त करने के लिए अनुरोध किया गया है।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्राप्त की जाती है, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज इस बात पर निर्भर करता है कि रोगी और हस्पताल के बीच की व्यवस्थापन और सुरक्षा के लिए हमें सहायता प्रदान की जाती है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जाती है। इसलिए हमें सहायता प्रदान करने के लिए अनुरोध किया गया है और "कोशिका" को सहायता प्रदान करने के लिए अनुरोध किया गया है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

10/08/17


Dr. Ashwini Kumar
MBBS MS FICO
Reg. No. 66028
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व इलाका/जिला/राज्य, नं.

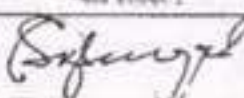


(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

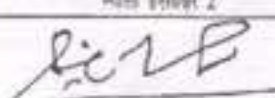
नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1
भरोदार 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2
भरोदार 2



Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED हो गई सहायता राशी
1	SEEH	

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा घोषणा पत्र)

- 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य न हो या भ्रमपूर्ण पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग किया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु वर्तमान में या भविष्य में किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा सहमति)

- 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/post-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.

- 1) इस प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, इसे "कोशिका" द्वारा न्यासीयों, चर, सचिव/सचिव द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरी इस बात विवरण से प्रमाण के बिना यह बात मेरे मामले के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यासीयों अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से घोषित है, मुझे सहायता प्राप्त करने का अधिकार नहीं मिला। इस घोषणा में "कोशिका" द्वारा उद्देश्य न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या बाएं हाथ की छाप

श्याम सुन्दर

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमति)

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.

हमारी अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सहायता हेतु सिफारिश को ज्ञात है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी सहायता हेतु सिफारिश संभव या किसी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने में लगे या से रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सहायता प्राप्त की है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें सहायता प्राप्त करने के लिए किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता केवल वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश है।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्राप्त की जाती है, वह केवल वित्तीय सहायता है। मेरी या हमारे द्वारा दी गई सलाह या निर्णय मेरे उपचार/प्रक्रिया का चुनाव करने एवं हमारे द्वारा की गई बात का विवरण है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। हमारे द्वारा सहायता के लिए की गई सलाह सुरक्षित और अपने मामले की सभी जिम्मेदारियों को पूर्ण रूप से हमारे हाथ में होगी और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारता इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए सिफारिश

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

10/08/17

Dr. Ashwini Kumar
MBBS MS FICO
Reg. No. 65028
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर के साथ मुद्रा

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
नाम व पद हॉस्पिटल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासीय हस्ताक्षर 1

Dr. Ashwini Kumar

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासीय हस्ताक्षर 2

Dr. Ashwini Kumar