

C17/08/0027

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

V/0817/0248

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

09/08/17

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Saudam Singh

AGE-YEARS आयु-वर्ष

70

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

Samoliya

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता

House - 52, Vill - Pitha Post - Narsinghpur - Teh - Mandla
Dist - Madhya Pradesh, V.P. 4281204.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवास पता

Same as above

Preop Postop

(0248) Saudam Singh

OCCUPATION:

व्यवसाय

Farmer

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

2000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. सवाई 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 लगावे)

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	Shakuntla	64	F	Wife
2	Shubhash	32	M	Son
3	Shashi	32	F	Daughter
4	Dinesh	28	M	Son
5	Shreemang	19	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये निम्न आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र भी साथ प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र भी साथ प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र भी साथ प्रति संलग्न 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 अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई दवाइयों के प्रमाण पत्र
	RT - G.C
	RT - P.P
	Surgery - Sick with P.O. (R)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य को 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 सी गई सहायता राशि
1.	SCPM	

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा योग्यता 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.
- 4) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि इस प्रकार से दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 5) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से ही मैं का रहा है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकार में माग गया है।
- 6) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु या उपयोग की नहीं हूँ, उस राशि का अधिक या समकल किसी किसी अन्य प्रोडिक्ट/प्रोसेस/कम्पनी से न ले लिया है 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 its 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 its 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 in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रकार का अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी जानकारी की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टीयर्स" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका" द्वारा जारी, दान, सहायता हेतु इत्यादि के माध्यम से लोगों को प्रेरित करें और जानकारी को देने के लिए किसी भी प्रकार का माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे द्वारा का विवरण मेरी इच्छा के बिना या बिना मेरे जाने के बिना "कोशिका फाउन्डेशन" से जारी अधिकृत हैं।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है उसके बिना सहायता का इच्छा नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" द्वारा प्रदान की गई जानकारी को अंतिम और बाध्यकारी माना जायेगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान

**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 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.

इससे अधिकृत, हमारे द्वारा की गई और से मालुम होने वाली "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश को स्वीकार है, जिसे हम (हस्पताल) सिफ प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में हमें वित्तिय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हो सकेगी, जो हमें सहायता हेतु माग रहे हैं, यदि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता प्राप्त करने के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्रदान की गई सहायता हेतु माग नहीं है, तो हमें सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रकार से स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता प्रदान करने पर, हमें सहायता हेतु माग करने की पूर्ण जिम्मेदारी होगी और "कोशिका" को कोई भी भुगतान या किसी भी प्रकार से मदद नहीं होगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही मैं सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। मेरी या हमारे द्वारा ही माग सहायता या जिसे मैंने उपचार/प्रक्रिया का चुनाव करने एवं हस्तगत के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हमारे द्वारा मेरी या हमारे द्वारा माग सहायता और जाने जाने की पूरी जिम्मेदारी होगी एवं हमारे द्वारा की गई और "कोशिका" को कोई भी भुगतान या किसी भी प्रकार से मदद नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए प्रस्तावित

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

10/08/2017

Dr. Ashwini Kumar
MBBS, MS, FICO
Reg. No. 65023
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर/छाप

(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
न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2