

C17/08/0044

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.:
आवेदन संख्या:

V/08/17/0256

APPLICATION DATE:
आवेदन तिथि

11/08/17

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम

Prem Chand

AGE-YEARS आयु-वर्ष

60

SEX लिंग

M

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

Bomaram

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

H.No-457 Locustal Chany Dist- Mothung
UP, 281001

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

Same as above



Precep fortok

(0256) Premchand

OCCUPATION:
व्यवसाय

Farmer

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय

21000/-

(Attach Proof of Income)
(आय का सबूत संलग्न)

NA

PAN No. स्वामी खास संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू 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 से क्या सम्बन्ध
1.	Bhagwati	35	F	wife Late
2.	Chola	22	M	Son
3.	Kapoor Chand	14	F	Daughter
4.	Sarda			

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

BPL Card
(Attach Card Copy)
सहायता हेतु रखा के नीचे प्रमाण पत्र
(प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें)

EW's Certificate
(Attach Certificate Copy)
अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र
(प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें)

Ration Card
(Attach Copy)
व्ययोजना कार्ड
(प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें)

Any Other
Basis/Proof
अन्य कोई प्रमाण

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विनियम का उद्देश्य:

Medical Report/Prescriptions Attached
अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न

Sr. No.
क्रम संख्या

RE - MSC

IE - PP

Surgery :- (RE) Sick with TOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No.
क्रम संख्या

NAME of OTHER SOURCE
अन्य स्रोत का नाम
SCCH

AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED
सही गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: (अर्पक द्वारा घोषणा करें)

- 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 फॉर्म में दिये गये सभी विवरण मेरे ज्ञानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य वास्तविकता से भिन्न होगा तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसे केवल उसी उद्देश्य के पूर्ण करने के लिए ही प्रयोग करूँगा, जो इस फॉर्म में उल्लेखित है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त नहीं करूँगा, जो कि मेरे लिए आवश्यक है और जो मेरी सहायता के लिए है।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पक 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/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 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 फॉर्म पर मेरा हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर, मैं (अर्पक) कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टीयों को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस फॉर्म में उल्लेखित हैं, जो कि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रसारित करने के लिए उपयोग किए जाएंगे, जिससे कोशिका फाउंडेशन को सहायता प्राप्त हो सकेगी।
- 2) मैं (अर्पक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रसारित करने के लिए उपयोग करने से मेरी सहायता के लिए कोई भी अधिकार नहीं होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्पक के हस्ताक्षर या बाएं तलुआका मुद्रा



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल 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.

- हमारे अधिकृत हस्ताक्षर करने वाले अधिकृत अधिकारी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता देते हैं:
- 1) कि हम न तो वर्तमान में न ही भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता प्राप्त करने का प्रयास करेंगे, जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए आवश्यक है। यदि कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रदान की गई सहायता पूर्ण नहीं है, तो हमें सहायता के अभाव में अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का उपचार इस बात पर निर्भर करता है कि रोगी और हॉस्पिटल के बीच क्या व्यवस्था है। कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रदान की गई सहायता रोगी के उपचार में कोई भी भूमिका नहीं निभाती है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 11/8/17	Dr. Ashwini Kumar MBBS, MS, FICO Reg. No. 66028 Time (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व पंजीकरण नंबर	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
---	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अंदरूनी उपयोग हेतु)

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