

C17/08/0070

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप(Healthcare)
(रक्तस्यप देखभाल)Koshika
foundation
Building block of life.APPLICATION No. :
आवेदन संख्या :

V/0817/0260

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

11/08/017

NAME of APPLICANT :
आवेदक का नाम

Labram

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

65

M

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

Lotan Smith

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता

VILL + POST - Kumbha gram, Kanana Nagla, Tehsil-mant
Distt - Mathura UP 281006

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवास पता

Same as above

Preop Postop

(0260) Labram.

OCCUPATION :
व्यवसाय

Farmer

TOTAL ANNUAL INCOME :
कुल वार्षिक आय

19000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें) NA

PAN No. सवाई खाता 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 सदस्य का नाम	Age (years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	Late Chandrasen	45	F	Wife
2.	Pooja	42	M	Son
3.	Suresh	21	F	Son
4.	Rajni			Daughter

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कला प्रति संलग्न करें)	EW's Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कला प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की कला प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे एवं किससे मदद चाहिए:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आस्थापन/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE - IMSC
	LE - IMSC
	Surgery - (RE) Sica with FOL

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	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ही गई सहायता राशि
	SEPH	

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा घोषणा):

- 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 प्रत्यक्ष में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाय तो उसे मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से सहायता प्राप्त होने पर, उसका उपयोग इस उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रत्यक्ष में मांग किया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में इस राशि का आर्थिक या स्वास्थ्य विमर्श किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिये 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/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/scholarships. 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 is this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रत्यक्ष पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठी की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रत्यक्ष में प्रेषित हैं, इसे "कोशिका" दान, छात्रवृत्ति, दान, वाचनालय दान, इत्यादि में मुझे वितरित करने और जानकारी के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत हैं। मेरे प्रत्यक्ष का विवरण मेरी सहायता के लिये मांगे गए राशि के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" दान, छात्रवृत्ति, दान, वाचनालय और अन्य कार्यवाही होगी।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठी का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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.

हमने अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से आपसे/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हो/करने में हमें या से कोई है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विधि प्राप्त की सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विधि अधिकृत/प्रदान हेतु कानून नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत सहायता संगठन या किसी अन्य संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता वित्तीय प्रदान हेतु प्राप्त हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य संगठन से नहीं ले/करने में।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का हस्ताक्षर इस से कोई बात नहीं है कि वे उपचार/प्रक्रिया का चुनाव करेंगे, एवं हस्पताल को रोगी का विचार है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के हस्ताक्षर सुरक्षित और अपने कानों की पूरी जिम्मेदारी लेते एवं हस्पताल को रोगी और "कोशिका" को कोई भी विधि या विधि/प्रक्रिया इस सम्बंध में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

12/8/12

(Signature)
Dr. Ashwini Kumar
MBBS, MS, FICO
Reg. No. 05028
(Name of Dr. & Reg. No. with Stamp)
हस्पताल का नाम व हस्ताक्षर के साथ मुद्रा

(Signature)
(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)

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2

(Signature)