

11/08/2017

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

V/08/17/0299

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

21/08/17

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Fal Singh

AGE-YEARS आयु-वर्ष

65

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

Prem Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

Vill - Nagala, Block - Bahadur, Dist - Hathras
U.P. 201302

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

Same as above



Preop Postop

(0299) Fal Singh

OCCUPATION :

व्यवसाय

Farmer

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

20000/-

(Attach Proof of income)

(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

NA

PAN No. स्थायी 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 चिह्न 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 संबंध
1.	Rajiv Singh	45.50	F	Wife
2.	Rakesh Kumar	32	M	Son
3.	Son Kumar	30	M	Son
4.	Shikha	18	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये निम्नी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ प्रि संलग्न करें)	EW's Certificate (Attach Certificate Copy) आय एवं वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ प्रि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ प्रि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये निम्नी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	RG - 1015
2.	18 - 1015
3.	Singh - 1015 with FOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त क्या हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशि
1.	SCHE	

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक 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 मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी प्रार्थना शिवाजी का सचनी है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से ही मैं सहायता ले रहा हूँ, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस फॉर्म में माँगा गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु किसी अन्य स्रोत या स्वयंसेवक से सहायता नहीं ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा सहमत)

- 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 अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस फॉर्म में घोषित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा यादगार, दान, समर्थन या अन्य उद्देश्य से मुझे या मेरे परिवार के लिये किसी भी प्रकार का उपयोग कर सकते हैं। इस फॉर्म पर मेरे विवरण को फाउंडेशन के उपयोग के लिये या मेरे परिवार के लिये "कोशिका फाउंडेशन" के उपयोग के लिये अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को फाउंडेशन के उपयोग के लिये मैंने स्वतः प्रदान किया है। इस सहमति से "कोशिका" द्वारा मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी प्रकार के उपयोग के लिये अधिकृत है। मैंने स्वतः प्रदान किया है। इस सहमति से "कोशिका" द्वारा मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी प्रकार के उपयोग के लिये अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा सहमत)

- 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.

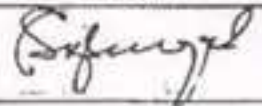
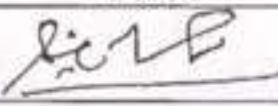
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से हमारे भरोदारों को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं।
- 1) यह कि न तो हमारे भरोदारों और न ही भविष्य में हमारे भरोदारों को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, यदि "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, तो हमारे भरोदारों को "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता हेतु सिफारिश की जाती है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, तो हमारे भरोदारों को "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता हेतु सिफारिश की जाती है।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही मैं सहायता ले रहा हूँ, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस फॉर्म में माँगा गया है। मैंने स्वतः प्रदान किया है। इस सहमति से "कोशिका" द्वारा मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण को फाउंडेशन के उपयोग के लिये अधिकृत है। मैंने स्वतः प्रदान किया है। इस सहमति से "कोशिका" द्वारा मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण को फाउंडेशन के उपयोग के लिये अधिकृत है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery अपेक्षा की तारीख 22/08/07	(Name of Dr. & Regn. No. With Stamp) डाक्टर का नाम और पंजीकृत नंबर  Ashwini Kumar Regn. No. 123456789	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हम व पर हमारा अधिकृत अधिकारी  
---	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोदार 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोदार 2 
---	--