

C17/09/0004

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

V/0917/0316

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

01/09/17

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Mohan Singh

AGE-YEARS आयु-वर्ष

72

SEX लिंग

M.

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/सहोदर का नाम

Sahab Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता

Ataman-Buthan Singh post - Gathu, Gathu Mahila
UP, 881206

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवास पता

Same as above



PASTE PHOTO HERE

Preop Postop

(0316) Mohan Singh

OCCUPATION:

व्यवसाय

Retired

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

19000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. स्थायी आय संचयन

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो सत्य 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 सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	Kalla	60/F	F	Wife
2.	Sudha	45/F	F	Daughter
3.	Bahli	40/F	F	"
4.	Pranpal	28/M	M	Son

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

BPL Card (Attach Card Copy) सहायता हेतु को नोटे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE - IMSC
	LE - IMSC
	Surgeon -> (RE) STCS - With HSA

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 ली गई सहायता राशि
1	SCCH	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा की जाती है:

- 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 पर कतार दूँ कि इस प्रमाण पत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस पत्र में सहायता पत्र "कौशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रमाण पत्र में माँगा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कतार दूँ कि मैं इस सहायता हेतु या अन्य किसी भी रूप में, उस पत्र में उल्लिखित या संलग्न किसी अन्य स्रोत/निर्धारक/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।
- AGREEMENT by APPLICANT

AGREEMENT by APPLICANT (अवेक दाव कर)

- 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या ओंठों की छाप लगाकर, मैं (अर्धक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और कोई विवरण इस प्रपत्र में चिंतित है, जसे "कोशिका" एगम् न्यासी, घर, कामकाज इत्यादि उद्देश्य से मुझे परिचितीपूर्ण और जानकारीपूर्ण के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मैं हस्ताक्षर के करने या करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्धक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एगम् उसके न्यासी का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक को हानिकार या अंगुष्ठे का निवारण

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा स्वीकृति)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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 अधिकार, हमारा ही और से सम्बन्धी है -

हमारे अधिकार, इनकाशी की ओर से गणलेहरी को "कोशिका फाउन्डेशन" से विविध सहायता हेतु निगरानी को जारी है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से पत्र के माध्यम से स्वीकार करते हैं।
 1) यह कि न तो व्यक्तिगत और न ही वित्तीय या विधिक सहायता किसी भी साक्षरी संस्करण या किसी अन्य स्तर से प्रकाशित/प्रसारित होने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से निगरानी/निगरानी प्रकाश के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रसारित हेतु कि है। और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विविध अधिकार/सहायता हेतु प्रसारित नहीं किया जाता है तो आपका किसी अन्य भी साक्षरी संस्करण या किसी अन्य साक्षर/प्रकाश से सहायता लेने पर अधिकार सुरक्षित रखा है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि आपका विविध सहायता प्रकाशित/प्रसारित हेतु किसी भी साक्षरी संस्करण या किसी अन्य साक्षर से नहीं लेना/लेना।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Dr. Ashwin Kumar [

MBBS MS FICO

Reg. No. 68029

Time.....

Date _____

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) Date

डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व सील, व

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

नाम व पद हस्ताक्षर अभिलेख अभिलेखी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायी इत्यादयः ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2