

C12/09/0002

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building block of life
APPLICATION NO.
आवेदन संख्या

V/0917/0318

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

01/09/2017

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम

Niranjan

AGE-YEARS आयु-वर्ष

62

SEX लिंग

M.

FAMILY DOCTOR'S NAME:
निवासी चिकित्सक का नाम

Lalaram

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Gram - Sathupa, Tehsil - Haldh, Dist - Mathura

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

Same as above



Pecup Portep

(0318) Niranjan

FOOTPRINTS
अङ्गुली

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

Same

20000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न) NA

PAN No. क्या जारी मध्ये

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर गहरी का निशान लगाएं)

Yes / No

हां / नहीं

✓

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्र. सं.	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	Anokhi	20	F	Wife
2.	Prakash	35	F	Daughter
3.	Kundan	40	F	Daughter
4.	Tejveer	38	M	Son
5.	Laxman Singh	31	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनंति आधार

NPL Card (Attach Card Copy) नॉन प्ले कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में प्रेषित करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में प्रेषित करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ में प्रेषित करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनंती का उद्देश्य:

Sr. No. क्र. सं.	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई उपचार सूची संलग्न
	IE - TMS
	IE - TMS
	stomach → (IE) STCS - With TMS

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली गई है या नहीं

Sr. No. क्र. सं.	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 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.

- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रत्यय में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन सत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से सहायता प्राप्त की है, इसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रत्यय में मांग किया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो सहायता प्राप्त करूँगा और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कथन)

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 is in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रत्यय पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठी की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी भविष्य की छवि का उपयोग एवं उसके विवरणों को प्रकाशित करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रत्यय में प्रकाशित हैं, जो "कोशिका" द्वारा प्रसारित, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, या अन्य माध्यमों के माध्यम से दानों को आमंत्रित करने और/या "कोशिका फाउन्डेशन" के गतिविधियों/प्राप्तियों के बारे में जानकारी प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रत्यय का उपयोग मेरे उपचार के पूर्ण होने से पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" को अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित हैं, स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उठाए गए निर्णयों का निर्वहन अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठी का निशान

मि. राजेश कुमार

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा कथन)

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 यह घोषणा की जाती है कि "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना इसके (हॉस्पिटल) किसी प्रकार से मान्यता नहीं देता।

1) यह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या से रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/प्रक्रिया प्राप्त की है, जिससे कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता मिलेगी। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं मिलती, तो हमें सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता वित्तीय प्रकृति की है, जिससे कि सहायता के बिना, रोगी का उपचार और उसकी सुरक्षा के बिना कोई भी भ्रम नहीं रहेगा।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हॉस्पिटल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी, एवं हॉस्पिटल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हॉस्पिटल में रोगी के उपचार सुचारु और अने जाने की सारी विनियमों के अंतर्गत एवं हॉस्पिटल की ओर से "कोशिका" को कोई भ्रम नहीं है कि सहायता के बिना रोगी का उपचार नहीं होगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिये संरक्षित

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 31/01/18	Dr. Ashwini Kumar MBBS, MS, FICO Reg. No. 66028 Time: _____ Date: _____ (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व छाप, २	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हॉस्पिटल अधिकृत अधिकारी
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 <i>[Signature]</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 <i>[Signature]</i>
--	--