

C17/09/0023

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

V/0917/0324

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

04/09/17

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Keshanti

AGE-YEARS आयु-वर्ष

60

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

Kishan

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

 Vill- Talhar, Dist- Mathura,
 Uttar Pradesh, 201401

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

Same as above



PASTE PHOTO HERE

Preop Postop

(0324) Keshanti

OCCUPATION:

व्यवसाय

House wife

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

NA

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न)

NA

PAN No. टैक्स कागज संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न करें निम्न सत्य है)

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 संबंध
1.	Rodhe	60	M	Husband
2.	Isman	40	M	Son
3.	Harish	38	F	Daughter
4.	Meghshyam	24	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विधि आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रविष्टि/दवा सूची संलग्न
	RE - Matcat
	RE - JMS
	Surgery - SICS + IOL (RE)

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 लिया गया सहायता राशि
1.	SCCH	

- 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 शोधक मानूँ कि इस प्रक्रम में दिने गये सभी विचारों की आवश्यकता के अनुसार साथ एवं सही है। यदि कोई विचार एवं कथन असत्य पाया जाता है तो उसे अस्वीकार किया जा सकता है।
- 2) मैं इस बात पर आशय नहीं "बौद्धिक फास्टट्रैजिंग", से ही का रही है, उसका उपयोग उचित उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रक्रम में गत गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सामग्री हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस दलील का अधिक या कमतर होगा किसी भी अन्य दोष/निषेध/असंगत/अव्यापक/अस्पष्टी के तहत न हो पड़ित में सीमा।

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 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 प्रश्न का उत्तर इस प्रकार या किसी भी रूप में संभव है, मैं (अलेक्जेंडर) अपनी साक्ष्य की पुष्टि करता हूँ एवं "कॉलिका फाउंडेशन और उसके न्यायी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रस्तुत है, उसे "कॉलिका" समूह न्यायी, चार, साक्षात्कार द्वारा उद्धरण में जुड़ी गतिविधियों और वक्तव्यों को जिन किसी भी प्रकार सम्भव से प्रकाश करने को लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इसका को पहले या बाद में करने को लिए "कॉलिका फाउंडेशन" या न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (अलेक्जेंडर) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि साक्षात्कार के उद्धरणों में प्रस्तुत है मुझे सच: साक्षात्कार का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कॉलिका" समूह उसके न्यायियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

ગાંધેદક પી હમણાના પા અંતરે આ નિશાન



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 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.

हमारे अधिकृत, इलाखारी की ओर से गणपतदेवी को "कोशिका काउन्सेलर" से विशेष सहायता हेतु नियुक्ति की जाती है, जिसे हम (इलाखाल) गिन प्रणाल से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1. यह कि न तो धर्मन और न ही पश्चिम में कितना साक्ष्य मिलता है। सरकारी संभव या किसी अन्य स्रोत से उका संश्लेषण में लेने का संदेह है, जैसे कि इनमें "कोलिका फाउंडेशन" ने गिरफ्तार/विनिर्दिष्ट उक्त के सम्बंध में "कोलिका फाउंडेशन" द्वारा मर होना कि है। यदि "कोलिका फाउंडेशन" द्वारा साक्ष्य विनिर्दिष्ट अधिकाधिक होना संभव नहीं किंचित ज्ञात है तो अपराध किन्ती अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संचालन से संभावित लेने का अधिकाधिक सुनिश्चित रखता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अपराध विनिर्दिष्ट मर, उक्त संश्लेषण में होना किन्ती गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साक्ष्य से नहीं संभावित होना।
2. "कोलिका फाउंडेशन" से ही यह साक्ष्य किंचित विनिर्दिष्ट प्रकृति की है। ऐसी या इच्छा द्वारा ही यह साक्ष्य या किन्ती मर उपकरण/प्रक्रिया का सुनिश्चित लेना एवं इच्छा में लेने का विचार है और "कोलिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायता नहीं है। इच्छा इच्छा में लेने के इच्छा सुनिश्चित और अन्य कार्य की नहीं किन्ती लेनी एवं इच्छा की होनी और "कोलिका" की कोई प्रक्रिया या किन्ती लेनी इस पृष्ठ में नहीं होती।

सभीकुली के लिए संरक्षित

Date of Surgery अगस्त की तारीख 05/09/017	Dr. Ashwini Kumar MBBS, MS, FICO Reg. No. 66028 Time _____ Date _____ (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	 (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 of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
	