

C17/09/0016

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

V/0917/0327

APPLICATION DATE:

आवेदन दिनांक

04/09/2017

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Gopal Prasad Varshney

AGE-YEARS आयु-वर्ष

63

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कन्या का नाम

Ghanashyam Das

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Satyashyam mandir, Tehsil - Chhata,
Dist - Mathura, U.P., 201401

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION:

व्यवसाय

NA

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

NA

(Attach Proof of income)

(आय का साक्ष्य संलग्न) NA

PAN No. स्थायी आय संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य 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 सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से संबंध
1.	Veena Veishal	58	F	wife
2.	Mahesh Varshney	96	M	son
3.	Bhawika Varshney	98	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए निम्न आधार

BPL Card (Attach Card Copy) सही को देखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें)	EW'S Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोगी कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सुनो संलग्न
	RE - TMS
	LE - TMS
	Surgery - RE Sies with TOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य को 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 ली गई सहायता राशि
1.	SCHE	

DECLARATION by APPLICANT: **আবেদক প্রত্যক্ষ স্বীকার্য কর:**

- 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 कण्टा हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता प्राप्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस पर यथावत प्रति "कौशिका फाउन्डेशन", से सही जा रही हूँ, इसका उपयोग उद्योग की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में पता लगा है।
- 3) मैं यहाँ पर कण्टा हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रारूप की गई है, इस प्रति का अधिक या कमतरता किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कृत)

- 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठी की छाप लगाकर, मैं (अर्शदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके मंत्रीगण" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में प्रेषित है, जो "कोशिका" द्वारा ज्योती, दान, सामग्री का मुझे उपहार से मुझे परिचितियों और उपस्थितियों को लिये किसी भी प्रकार उपयोग से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे उपहार के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से ज्योती अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वतः। सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस प्रश्न में "कोशिका" द्वारा उसके मंत्रीगण का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक को हस्ताक्षर या अंगुलि का निशान

Global Pol'

AGREEMENT by HOSPITAL (HOSPITAL 同意書)

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.

हमारे अधिकृत, इलाहाबाद की ओर से मामले/पैगी को "कोरिफा कारान्टेशन" से विधिव सहायता हेतु विचारिता की जाती है, जिसे हम (इलाहाबाद) विपण प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो सर्वजन और न ही पक्षिय में विविध साक्ष्य मिले। परन्तु सर्वजन या किसी अन्य प्राणी से उक्त रोग/प्राणी में होने का संदेह है, जैसे कि हमने “कोशिका फाउन्डेशन” से सितरिड/मिडिलि उक्त के सम्बंध में “कोशिका फाउन्डेशन” द्वारा मरद हेतु कि है। यह “कोशिका फाउन्डेशन” द्वारा साक्ष्य विविध अवस्था/सकल हेतु बहुत बड़ी किताब का है जो अत्यन्त किताब अन्य है। सर्वजन संस्था या किसी अन्य संस्थाओं से उक्त/सकल लेने का अधिकार सुनिश्चित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अत्यन्त विविध पर, उक्त रोग/प्राणी हेतु किताब है। सर्वजन संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेता/लेती।
2. “कोशिका फाउन्डेशन” से ही यह साक्ष्य संस्था विविध प्रकृति की है। ऐसी या हायडल द्वारा ही यह साक्ष्य या किने वसे उपचार/प्रक्रिया का सुचारु होने एवं हायडल के बीच का विचार है और “कोशिका फाउन्डेशन” द्वारा किसी प्रकार का कोई दवाव नहीं है। इसलिये हायडल में ऐसी के हायडल सुनिश्चित और अपने जाने की बड़ी जिम्मेदारी ऐसी एवं हायडल की होती है और “कोशिका” की कोई प्रकृति या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्थान

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

2/16/75

Dr. Ashwini Kumar
MESS MS FCO
Reg. No. 66028
Time

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डाक्टर का नाम व प्रमाण पत्र संख्या व मुहर

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
जय व रतु हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

 FREDERICK W. KENT

Sifanyu

SIGNATURE of TRUSTEE 2
जयश्री राजवाड़ा २

Rich