

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

V/0917/0342

APPLICATION DATE :

आवेदन दिनांक

08/09/2022

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Chandrakanta Devi

AGE-YEARS आयु-वर्ष

40

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/हस्तु का नाम

Nabab Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

VPI - Shyam ganhi, Post - Gaur, Dist - Aligarh
U.P. 202145

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

Same as above



PASTE PHOTO HERE

Pre op Post op

(0342) Chandrakanta
Devi

OCCUPATION :

व्यवसाय

House wife

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

NA

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. स्थाई खाता 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

हाँ / 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.	Hanipal Singh	35	M	Husband
2.	Madhu	20	F	Daughter
3.	Manu Kumari	17	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु लिखें किसे विनित का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RA - PP
	IC - IMSC
	Surgery - (IE) Sick with IOL

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.	SCHE	

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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं/अथवा सहायता प्राप्त करता हूँ तो मेरी सहायता जिसका मैं का उपयोग करूँगा।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में प्राप्त किया है।
- 3) मैं पुनः घोषणा करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का भुगतान या सहायता किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से नहीं ली जाएगी और न ही भविष्य में ली जाएगी।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

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 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को ज्ञात करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके निर्यातों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् नामों, पता, व्यवहार/व्यवसाय उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकाश माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरी प्रमाणित विवरण मेरी प्रमाणित करने या कर के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से नामों अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से घोषित है मुझे स्वयं सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके निर्यातों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक का हस्ताक्षर या अंगूठा का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

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 सम्बन्धित/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता से किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त होने से नहीं है, बल्कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्देश प्राप्त की है कि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्देश अतिरिक्त/सहायता हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हमारा किसी अन्य और सहायता स्रोत या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि हमारा द्वितीय मदद प्राप्त होगी/प्राप्त होने हेतु किसी भी सहायता स्रोत या किसी अन्य सहायता से नहीं लेना/लेना।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्राप्त विनिर्देश प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या बिना गले उपचार/उपचार का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के हस्तगत सुरक्षा और जाने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल की होंगी और "कोशिका" को कोई भी जिम्मेदारियाँ इस मामले में नहीं होंगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

09/09/017

Dr. Ashwini Kumar

MBBS MS FICO

Reg No. 68025

Time

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

डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व मुद्रा

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

नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी



FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नामों हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामों हस्ताक्षर 2