

C17/09/0089

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

V/0917/0351

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

12/09/2017

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Badam Singh

AGE-YEARS आयु-वर्ष

55

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

Deepchand

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान निवास पता

Village - Maudaim Nauwaga

Tehsil - Mahaven, Dist - Mathura

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता

Same as above



PASTE PHOTO HERE

Preop Postop

(0351) Badam Singh

OCCUPATION:

व्यवसाय

Farmer

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

20000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न)

NA

PAN No. पैन नंबर

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

क्या आप आय का दाता हैं (जो सत्य हो उस पर चिह्न का निशान लगाएं)

Yes / No

हाँ / नहीं

✓

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1	Devaki	55	F	Wife
2	Kaish	20	F	Daughter
3	Kimata	19	F	"
4	Poojan	17	M	Son
5	Ranjana	15	F	Daughter
6	Pranjal	14	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये निम्न 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 प्रमाण
---	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे गये किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	PE - MSC
	LE - IMS
	Stomach pain → R/O Sica with IOL

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 लै गई सहायता राशि
1	SCHE	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा:

- 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 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 निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से सही जगह पर है, उसका उपयोग उही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में मांग गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु वह प्रत्यक्ष को नहीं हूँ, उस राशि का व्ययिक या सरकारी किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न ले लिया है 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 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके त्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रेषित हैं, इसे "कोशिका" द्वारा जारी किया, पत्र, साप्ताहिक पत्रों व अन्य माध्यमों से मुझे चिकित्सीय और वित्तीय सहायता के लिये किसी भी प्रकार माग्यन से प्रेरित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरी सहायता के लिये या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" में प्रेषित अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित हैं मुझे स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उक्त उद्देश्यों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

(Signature)

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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 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.

इससे अधिकृत, हमारे द्वारा की गयी और से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी सहायता हेतु सिफारिश के लिये या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जो कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता हेतु सिफारिश की है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निरस्त/अस्वीकार/अपूर्ण हेतु कबुल नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सहायता के लिये या बाद में करने के लिए अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि से स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा सहायता हेतु सिफारिश की गयी सहायता के लिये या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जो कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता हेतु सिफारिश की है।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा सहायता के लिये या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जो कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता हेतु सिफारिश की है। इससे स्पष्ट होता है कि हस्पताल द्वारा सहायता हेतु सिफारिश की गयी सहायता के लिये या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जो कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता हेतु सिफारिश की है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संमत

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 14/09/17	Dr. Ashwini Kumar MBBS MS FICO Reg. No. 66028 Time _____ Date _____ (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.	(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 ज्योती हस्ताक्षर 1 <i>(Signature)</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 ज्योती हस्ताक्षर 2 <i>(Signature)</i>
--	--