

C17/09/0002

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(रक्तस्य रोगप्रति)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

V/09/0353

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

13/09/07

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Bhagwan Singh

AGE-YEARS आयु-वर्ष

66

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

Kishan Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

Raddi Buz, Sawai Daud Mahaling

Up 281308

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

Same as above



Pre op Post op

(0353) Bhagwan Singh

OCCUPATION :

व्यवसाय

Farmer

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

19000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न) NA

PAN No. स्वयं प्राप्त संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं? (जो मान्य हो उस पर चिह्न 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 के साथ सम्बन्ध
1	Pharmwati	late	F	wife
2	Sonveer	30	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवरी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) सीपीके रक्षा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWIS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपपेक्षित कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विषय का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अवकाश/दवाइयों से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE - MSC
	LE - MSC
	Shivgopal → (RE) Sica with 20L

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 लिये गई सहायता राशि
1	SCCH	

DECLARATION by APPLICANT: (अर्पक द्वारा घोषणा करें)

- 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 झूठा विवरण एवं कथन प्रस्तुत किया जाता है तो मेरी प्राप्त की गई सहायता को नकारा जा सकता है।
- 2) मैं इससे घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से यदि मैं सहायता प्राप्त करता हूँ, तो मैं इसे केवल उसी उद्देश्य के पूर्ण के लिए ही उपयोग करूँगा, जो इस प्रारूप में मांग किया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में अपने या अपने परिवार के किसी भी अन्य सदस्य को किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो रिफंड प्राप्त करूँगा और न ही भविष्य में ऐसा करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पक 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.
- 3) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्पक) अपनी सहमति को प्रकट करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करें, जो "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रेषित, प्रकाशित, प्रसारित, प्रसारण से मुझे प्रेषित करने और जानकारी के लिए किसी भी प्रकाश माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मैं इसका विवरण मेरे हस्ताक्षर के बिना या बिना मेरे बिना "कोशिका फाउंडेशन" से नहीं अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्पक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित हैं, उन्हें प्रकाशित करने के अधिकार नहीं होगा। इस मामले में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा उनके भरोसे का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्पक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

(Signature)

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 घोषणा करने को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय 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 वित्तीय सहायता किसी भी रोगी के मामले में किसी अन्य स्रोत से उठाया जायेगा, जब तक कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता प्राप्त नहीं हो सके। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें सहायता के अभाव में किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा का अर्थ यह है कि हमें सहायता प्राप्त करने के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता नहीं लेनी चाहिए।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से दी गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्ताक्षर द्वारा दी गई सहायता या बिना मेरे उपचार/प्रक्रिया का चुनाव करने एवं हस्ताक्षर के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के हस्तगत सुरक्षा और अन्य चीजों की सभी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका फाउंडेशन" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संमति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

14/09/17

Dr. Ashwini Kumar
MS FICO
Reg. No. 66028
Time.....
(Name of Dr. & Regn. No. With Stamp)
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व तारीख

(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)

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2

(Signature)