

17/10/2002

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building Block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

V/1017/0409

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

03/10/17

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Kesho

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

75

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/सहोदर का नाम

Shava Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Vill - Barhaun, Dist Mathura, Uttar Pradesh, 281204

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

Same as above



PASTE PHOTO HERE

Preop Postop

(0409) Kesho

OCCUPATION :

व्यवसाय

House wife

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

NA

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न) NA

PAN No. स्थायी खाता संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो खान्य 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.	Jiledar	75	M	Husband
2.	Amrinder	40	M	Son
3.	Pappu	38	M	Son
4.	Lakhan	37	M	Son
5.	Man Singh	36	M	Son
6.	Sundar	34	M	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनती 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE - IMSC
	LP - IMSC
	Surgery - (RE) Sics with Tol

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिप्त क्या हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सौ गई सहायता राशी
1	SCFH	

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, 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.

- AGREEMENT by APPLICANT (साक्षर होकर)

- आविष्कार के प्रयासों में अंग्रेजों का विधान



AGREEMENT by HOSPITAL (HOSPITAL 20 400)

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, इलाखरी की ओर से समारोहों की को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (इस्पताल) निम्न प्रकार से सम्य व स्वीकार करते हैं।

- 1.) यह कि न तो संसदन और न ही संविधान में विहित सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य व्यक्ति से उक्त ऐंटी-माल्टे में लेने का ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका काउन्सेलर" में लिक्विडेशन/विनिधि उक्त के सम्बंध में "कोशिका काउन्सेलर" द्वारा मरदर हेतु कि है। यदि "कोशिका काउन्सेलर" द्वारा सहायता विनिधि अधिराज्य/सकल हेतु मन्त्रु की किया जाता है तो असम्मत किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि असम्मत द्वितीय मरदर उक्त ऐंटी-माल्टे हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेया/लेयी।
2. "कोशिका काउन्सेलर" से ही यह सहायता केवल विहित प्रकृति की है। ऐंटी या हमसमत द्वारा ही यह सहाय या बिने एवं उपचार/प्रक्रिया का मुख्य ऐंटी एवं हमसमत के बीच का बिधन है और "कोशिका काउन्सेलर" द्वारा किसी प्रकार का कोई रक्षण नहीं है। इसीलिने हमसमत में ऐंटी के इराशन मुता और अपने जाने को सारी जिम्मेदारी ऐंटी एवं हमसमत की होगी और "कोशिका" को कोई सुनिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

04/10/17

Dr. Ashwini Kumar
MBBS, MS, FICO
Reg. No. 66026
Time: 10.30 AM to 12.30 PM

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

हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व मूद्रा न.

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

नाम व पद हस्तगत अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासो हस्तोत्तर २

Exempel

Sc 28