

01/10/2019

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

V/1013/0415

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

05/10/19

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Aman Singh

AGE-YEARS आयु-वर्ष

59

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

Sakata Ram

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Vill- Chandpura, Block - Chhata, Dist- Hathua,
U.P., 241401.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

Same as above



Preop Postop
(0415) Aman Singh

OCCUPATION :

व्यवसाय

Farmer

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

19000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. जारी खाता संख्या

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

क्या आप आय का दाता हैं (जो मान्य हो उस पर गंभीरता से निश्चय लें)

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 संबंध
1	Chandrapal	28	F	Wife
2	Chandrapal	28	M	Seen
3	Rajendra	25	M	"
4	Anil	20	M	"
5	Laxmi	17	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवरी आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विवरी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	RF - DMSC
2	RF - DMSC
3	Surgery - (RF) Photo with Tel

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कहीं 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 लगी गई सहायता राशि
1	SCFHI	

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 यहाँ पर बताना हूँ कि इस फॉर्म 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 इस बात को ध्यानपूर्वक "कोशिका फाउन्डेशन", से जो राशि मांगी है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस फॉर्म में उल्लेखित है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैंने सहायता हेतु का आवेदन नहीं किया है, उस राशि का अधिकतम या समस्त विवरण किसी अन्य फोर्मेनिफॉर्म/बैंक/कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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/print-upreproduce 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 fulfilment 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 फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके त्रुस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस फॉर्म में घोषित हैं, इसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, छपा, प्रसारित या अन्य माध्यमों से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे नाम का प्रयोग मेरे इलाज के खर्च या मेरे करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" या किसी अन्य व्यक्ति द्वारा माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे नाम का प्रयोग मेरे इलाज के खर्च या मेरे करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" या किसी अन्य व्यक्ति द्वारा माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों के अंतर्गत है मुझे सहायता का हक्क नहीं बनाता। इस आवेदन में "कोशिका" द्वारा प्रकाशित या प्रसारित होने वाले सभी विवरण और सहायता हेतु।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप



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.

हमने स्वीकृत, हस्ताक्षर की ओर से मान्यतापूर्वक को "कोशिका फाउन्डेशन" 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 और सहायता संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उम्मीद की जाती है, जो कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश के अन्तर्गत में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विधि अधिकृत/अस्वीकृत हेतु कबुल नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत सहायता संस्थान या किसी अन्य सहायता संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट बना जाता है कि हस्पताल वित्तीय मदद, उम्मीद की जाती है कि किसी और सहायता संस्थान या किसी अन्य सहायता संस्थान से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो राशि सहायता के अन्तर्गत में वित्तीय प्रकृति की है। मेरी या हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किसी अन्य उपचार/प्रक्रिया का चुनाव मेरी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। उपरोक्त हस्पताल में मेरी के इलाज सुरक्षित और आगे जाने की सभी जिम्मेदारियाँ मेरी एवं हस्पताल की होती हैं और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

05/10/12

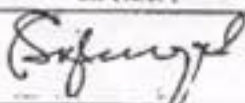
Dr. Ashwini Kumar
MBBS, MS, FICO
Reg. No. 06028
Time

(Name of Dr. & Regn. No. With Stamp)
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION मान्यता हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
मान्यता 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2
मान्यता 2

