

C18/01/0105

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

(Healthcare)

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

V/0118/0741

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

11/01/2018

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Ganga devi

AGE-YEARS आयु-वर्ष

60

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/सहोदर का नाम

D/o Shankar Lal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

H.No-101, Vill- Mahalpur Chura, Teh- Rupbas

Dist- Bharathpur

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

Same here



FASTE PHOTO HERE

Procep Postep
(0741) Ganga Dei

OCCUPATION:

व्यवसाय

House wife

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

NA

(Attach Proof of Income)
(आय का सक्षम संलग्न)

NA

PAN No. स्थायी 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 लगायें)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	Charan Singh	65	M	Husband
2	Rohini	45	M	Son
3	Kamal	38	F	Daughter
4	Shivraj	32	M	1st

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये किसी 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 सक्षम
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे कबे निम्नी का उद्देश्य:

Sr. No.

क्रम संख्या

Medical Reports/Prescriptions Attached

अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न

RE - ImS

LE - P.P

Surgery - SCS with IOL (RF)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशि
1	S.C.P.H.	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक 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 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 सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं प्रमाणित होता है तो मेरी सहायता निरास हो जा सकती है।
- 2) मैं इस बात का गंभीरतापूर्वक प्रतिबद्ध हूँ कि "कॉशिका फाउंडेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग किया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं किसी अन्य स्रोत से या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो सहायता प्राप्त करूँगा और न ही सहायता का उपयोग करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक 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 (आवेदनक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कॉशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, जो "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा मांगी गई सहायता के उद्देश्य से मुझे प्रदान की जाने वाली सहायता के लिए किया जा रहा है।

2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित हैं, वे स्वतः सहायता का अधिकार नहीं बनाते। इस संबंध में "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा ली गई सभी निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होंगी।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगूठे 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.

हमारी अतिथि, रोगी की ओर से आवेदनक को "कॉशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से समर्थन प्रदान करेंगे:

- 1) यह कि हम इस रोगी की ओर से वित्तीय सहायता के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने की कोशिश नहीं करेंगे, जब तक कि हमें "कॉशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त न हो सके। यदि "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा मांगी गई सहायता पूरी नहीं मिलती है, तो हमें सहायता का शेष हिस्सा किसी अन्य स्रोत से पूरा करने का अधिकार होगा।
- 2) "कॉशिका फाउंडेशन" से प्राप्त की जाने वाली सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी की उपचार योजना का निर्णय रोगी और हस्पताल के बीच की व्यवस्था पर निर्भर करता है, जो कि "कॉशिका फाउंडेशन" से प्रभावित नहीं है। अतः हस्पताल को रोगी की उपचार योजना के लिए पूर्ण ज़िम्मेदारी और सुरक्षा के लिए ज़िम्मेदारी होगी।

3) "कॉशिका फाउंडेशन" से प्राप्त की जाने वाली सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी की उपचार योजना का निर्णय रोगी और हस्पताल के बीच की व्यवस्था पर निर्भर करता है, जो कि "कॉशिका फाउंडेशन" से प्रभावित नहीं है। अतः हस्पताल को रोगी की उपचार योजना के लिए पूर्ण ज़िम्मेदारी और सुरक्षा के लिए ज़िम्मेदारी होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

अतिथि के लिए सिफारिश

Date of Surgery

ऑपरेशन की तारीख

12/01/2023

Dr. Ashwini Kumar

MBBS MS FICO

Reg. No. 65022

Time

Date

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

हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर का छाप

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

हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर का छाप

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2