

CIR/01/0152

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

V/0118/0747

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

15/01/2018

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Chanderbhan

AGE-YEARS आयु-वर्ष

70

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/सहोदर का नाम

S/o Bannu Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता

Gachhi Bampur

Dist - Agwa, U.P - 282007

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवास पता

Same as above



PASTE PHOTO HERE

Pratap Pratap

(0747) Chanderbhan

OCCUPATION :

व्यवसाय

Farmer

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

19500/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. स्पष्टि 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 चिह्न 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	Amberbhan		f	Wife
2	Bhassat Singh	35	m	Son
3	Murresh	32	m	Son
4	Milraj	29	m	Son
5	Prem Singh	26	m	Son
6	Rajeshwar	23	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 छवि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय 20000 तक प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया छवि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया छवि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विचारों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	R/E → IMSC
	L/E → IMSC
	Surgery report → (L/E) JCS WITH H/O

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 की गई सहायता राशि
1	S.C.F.H	

DECLARATION by APPLICANT: ज्ञापक द्वारा घोषणा पर:

- 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान अथवा गलत जानकारी दी जायेगी तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से मिले हुए धन, उसी उद्देश्य के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस फॉर्म में माँगा गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु या भविष्य में भविष्य में किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो धन ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अज्ञापक 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 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अज्ञापक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन" और उसके ट्रस्टियों को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस फॉर्म में घोषित है, उसे "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मंच, प्रकाश, प्रसारण, दूरदर्शन, रेडियो, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, आदि माध्यमों से प्रसारित करेगी और/या जानकारी के लिए मेरी तस्वीर को प्रसारित करेगी।
- 2) मैं (अज्ञापक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउन्डेशन" को सहायता के उद्देश्य से प्रसारित है। मेरी सहमति का इसका अर्थ है कि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मेरी तस्वीर का प्रयोग मेरी सहमति के बिना नहीं किया जा सकता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:
अज्ञापक 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 any other 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 अधिलेखित, हमारे अधिकृत हस्ताक्षर की ओर से हमारे हस्ताक्षर की "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं।
- 1) यह कि हम वर्तमान और भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी के मामले में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा माँगा गया धन से प्राप्त नहीं करेंगे, जब तक कि "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता प्राप्त नहीं की जाती है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हम अपने आपसे या किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस पुष्टि का अर्थ है कि हमारे हस्ताक्षर की "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जो कि हमारे हस्ताक्षर की ओर से माँगा गया धन से प्राप्त नहीं किया जा सकता।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से मिली सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर उपचार का चयन रोगी और हस्पताल के बीच की व्यवस्था पर निर्भर करता है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता का कोई दबाव नहीं है। हस्पताल द्वारा रोगी के उपचार का चयन और उसे करने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी और हस्पताल की होती हैं और "कोशिका फाउन्डेशन" को कोई भूमिका नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए अनुमोदित

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

16/01/2018

Dr. Ashwini Kumar
MBBS MS.FICO
Reg. No. 68026
Time.....

(Name of Dr. & Regn. No. & Hospital Stamp)
डॉक्टर का नाम व हस्पताल का स्टैम्प

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

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
ज्योती हस्ताक्षर 1

(Signature)

SIGNATURE of TRUSTEE 2
ज्योती हस्ताक्षर 2

(Signature)