

C17/10/02-06

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

V/0118/0754

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

15/01/2018

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Vijay devi

AGE-YEARS आयु-वर्ष

68

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/सहोदर का नाम

Dlo Devi Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता

Vill+Po- Kanjauli, Tehsil- Sadabad

Dist- Hathwal, U.P- 281306

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवास पता

Same as above



PASTE PHOTO HERE

Pratap fontop

(0754) Vijay Devi

OCCUPATION :

व्यवसाय

Housewife

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

NA

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. सवाई 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

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.	Bhola		M	Husband
2.	Prem Singh	48	M	Son
3.	Bhura	40	M	Son
4.	Harpal Singh	30	M	Son
5.	Neelam	45	F	Daughter
6.	Triveni	35	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) सटीमो रेशन 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 -> P.P
	LE -> IMSC
	Surgery -> (RE) Sec with Fol

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

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

DECLARATION by APPLICANT: **अभ्यर्थी** **जयराज** **जयराज** **जयराज**

- 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 पर बताना हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी को अनुरोध करने एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं/अथवा असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि "कौशिका फाउंडेशन", मेरी ओर से सही है, इसका उपयोग सही उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माग गया है।

3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं इस सहायता से प्राप्त राशि को भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से या तो प्राप्त नहीं करूँगा और न ही भविष्य में करूँगा।

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's 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 it's 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 द्वारा मैं अपने इसका यह करने की बात समझता हूँ, मैं (अर्हक) अपनी जानकारी की पूर्ण प्राप्ति हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके त्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस द्वारा मैं प्रेषित करूँ, उसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, दूर, सामान्य रूपों उद्देश्य से मुझे लक्षित करने और उपलब्ध करने के लिये किसी भी प्रकार सम्भव से प्रसारित करने को सिद्ध अधिकृत है। मैं इस का विवरण मेरे इसका के प्रकार या बाद में करने को सिद्ध "कोशिका फाउंडेशन" व प्रार्थी अधिकृत है।

2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है पूर्ण स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसके त्रस्टियों का निर्णय अंतिम और मान्यकारी होगा।

આવેલક પૈં દમતાહર થા અંગુઠે થા નિગમ

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.

हमारा अधिकृत, हस्ताक्षरी की ओर से घोषणा/लेख को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसमें हम (हमself) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि व हो वर्तमान और व हो भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और साधारण सहायता या किसी अन्य स्रोत से उक्त छोटे/ममले में लेने या ले रहे हैं, बल्कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/किये उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकृत/प्रकृत हेतु मन्जूर नहीं किया जाता है तो हमselfता किसी अन्य और साधारण सहायता या किसी अन्य सम्बन्ध से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमselfता विशेष मदद उक्त छोटे/ममले हेतु किसी और साधारण सहायता या किसी अन्य सहायता से नहीं लेना/लेने।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" को ही वह सहायता प्रकृत वित्तीय प्रकृति की है। छोटे या हमselfता द्वारा दो या सहायता या किसी अन्य उपचार/प्रक्रिया का चुनाव छोटे एवं हमselfता को छोड़ का निर्णय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हमselfता में छोटे को इतना सुरक्षित और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी छोटे एवं हमselfता को छोटे और "कोशिका" को कोई भुगतान या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

सर्वीकृतो ऋषिः संस्तुति

18/01/2018

Dr. Ashwini Kumar
MBBS, MS, FICO
Reg. No. 66028
Time.....

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
 डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व पंजी. नं.

(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
 नामी इमानत ।

Exempel

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामही हस्ताक्षर 2

Sc 28