

02/01/2018

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

✓/0118/0757

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

15/01/2018

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

K. Proroi

AGE-YEARS आयु-वर्ष

75

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

S/o Joti

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता

H.No-110, Teh-Sadaba, Vill-Norag

Dist-Northrup, UP

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवास पता

Same as above



Proroi Proroi

(0757) K. Proroi

OCCUPATION :

व्यवसाय

Farmer

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

19500/-

(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 मान्य 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.	Sonam	70	F	Wife
2.	Raju	30	M	Son
3.	Balvish	45	M	Son
4.	Omprakash	40	M	Son
5.	Shamti	35	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) सही रखा के दोपह 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) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनति का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन धुनी संलग्न
1.	SIC - RE - IMSC
	LE - IMSC
	Surgeon - (LE) with with Tol

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ले गई सहायता राशि
1.	SIC - F - H	

DECLARATION by APPLICANT: सर्वोत्तम को सर्वोत्तम

- 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 relationship 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 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, for which this assistance is requested.
- 4) मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि इस प्रश्न में दिए 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।
- 5) मैं इस पर गंभीरतापूर्वक प्रतिबद्ध हूँ कि "कीटिका फाउंडेशन", मेरी सहायता केवल उद्देश्य के पूर्णतः उपयोग के लिए ही प्रदान की जाएगी, जिसके लिए मैंने इस प्रश्न में कहा था।
- 6) मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि मैं इस सहायता से प्राप्त की जाने वाली राशि को किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से प्राप्त होने वाले भुगतान के लिए नहीं उपयोग करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अभिषेक दास कर्कर)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publicise/output/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 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 प्रार का अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्पक) अपने माध्यम को सुविधा प्राप्त हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके पदाधिकारी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और कोई विवरण इस प्रार में उल्लिखित है, उसे "कोशिका" फाउंडेशन, दान, सहायता दूसरे उद्देश्य से तुम्हीं संचालित और वितरित करने के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। ये प्रार का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पत्रों का रूप में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्पक) इस पत्र से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी माध्यम से उल्लिखित है तुम्हीं स्पष्ट: सहायता का हस्ताक्षर स्वीकृति। इस माध्यम से "कोशिका" फाउंडेशन उसके पदाधिकारी का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आविर्भाव की इजाजत का अंगुली का चिह्न

AGREEMENT by HOSPITAL (एग्रीमेंट हॉस्पिटल द्वारा)

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.

1) यह कि न तो मर्यादा और न ही शक्ति में विविध प्रभावों के बिना ही समझने योग्यता है।

1. यह कि न तो संसदन और न ही अधिनियम में विहित सहायता किसी एक सरकारी साधन या किसी अन्य स्रोत से उठाए जायेंगे, जैसे कि अपने "कॉलेक्शन फंड" से सहायता। विहित उठाए जायेंगे "कॉलेक्शन फंड" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कॉलेक्शन फंड" द्वारा सहायता विहित अधिकारों के तहत हेतु मजबूत नहीं किया जाता है तो सहायता किसी अन्य स्रोत से उठाए जायेंगे सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस धारा में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता द्वितीय मदद उठाए जायेंगे हेतु किसी एक सरकारी स्रोत या किसी अन्य साधन से नहीं उठाए जायेंगे।
2. "कॉलेक्शन फंड" से ही वह सहायता कोष विहित प्रकृति की है। ऐसे पर सहायता द्वारा ही वह सहायता या बिना सहायता उठाए जायेंगे उठाए जायेंगे सहायता कोष का विषय है और "कॉलेक्शन फंड" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसलिए सहायता में ऐसे को सहायता सहायता और अन्य स्रोत से सहायता उठाए जायेंगे हेतु सहायता को सहायता और "कॉलेक्शन" को कोई दायित्व या जिम्मेदारी इस धारा में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

संगीकृतो षो लिपि संरक्षित

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

कोपेस की लुईस

18/01/2018

Dr. Ashwin Kumar
MBBS, MS, FICO
Reg. No. 66028
Time.....
Date.....

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

डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व मुद्रा, न

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

नाम व पद : जनसंख्या अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

मन्त्री सभा ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

ज्यामो हस्तधर ३