

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

CIT/10/0202
(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

V/0110/0765

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

15/01/2018

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Sahab Singh.

AGE-YEARS आयु-वर्ष

71

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्न्य का नाम

S/o Lal Ram

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता

vill - Neta Bangar, Teh - Mahanagar

Dist - Mathura, U.P. 281301

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवास पता

Same as above

OCCUPATION:

व्यवसाय

NA

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

NA

(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 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 संबंध
1.	Shyama	68	F	Wife
2.	Leopal	45	m	Son
3.	Bhola	39	m	Son
4.	Veerpal	30	m	Son
5.	Keshav	22	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवर्ति 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे मने निम्नी 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 → SICS WITH TOL. (LE)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

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



PASTE PHOTO HERE

Preop Postop

(0765) Sahab Singh

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा घोषणा):

- 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 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.

- 1) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन मान्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरास की जायेगी।
- 2) मैं इस फॉर्म को सहायता के लिए "कोशिका फाउंडेशन", से ही मांग रहा हूँ, इसका उपयोग सभी उद्देश्यों को पूर्ण करने के लिए किया जायेगा, जो इस फॉर्म में मांग किया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो रिफंड ले रहा हूँ और न ही भविष्य में ऐसा करूँगा।

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/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 फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या बाएँ की उंगली का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) आवेदन पत्र पर दिये गये "उद्देश्य" के लिए सहायता मांग रहा हूँ और मैं कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और उद्देश्य इस फॉर्म में प्रयोग करें, जैसे कि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रसारित, दूर, वाचनात्मक दूरदर्शन से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए जानकारी के लिए सहायता मांगने के लिए अधिकृत है। मेरे नाम का प्रयोग मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या ट्रस्टी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और उद्देश्य को बिना सहायता के उद्देश्यों के प्रयोग के लिए सहायता का इस्तेमाल नहीं किया जायेगा। इस सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा उद्देश्यों के लिए अधिकृत और सहायता दी जायेगी।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक की हस्ताक्षर या बाएँ की उंगली का छाप

अश्विनी कुमार

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.

इससे अधिकृत, हमारे द्वारा यहाँ दिये गये हस्ताक्षर/छाप को "कोशिका फाउंडेशन" 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 संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए मांग रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त की सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रसारित किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता सिफारिश अस्वीकार/नकार हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हमारा कर्तव्य और हमारे द्वारा दिये गये सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता सिफारिश केवल वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश के लिए है और "कोशिका फाउंडेशन" से कोई भी सहायता के लिए सिफारिश नहीं की जायेगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही मैं सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हमारा द्वारा दी गई सहायता या किसी भी उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हमारा द्वारा ही किया जाता है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हमारा में रोगी को इलाज प्रदान और करने करने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हमारा की होती हैं और "कोशिका" को कोई भी सहायता का जिम्मेदारिता इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

20/1/18

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

(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 पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी



FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

[Signature]