

C17/12/0057

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

V/0118/0767

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

29/1/18

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Lakshmi

AGE-YEARS आयु-वर्ष

66

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/सुपुत्र का नाम

S/O Ram Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवास पता

Vill - Chausa, Po - Bhidauri Bangas

Dist - Mathura, U.P. - 201205

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवास पता

Same as above

OCCUPATION:

व्यवसाय

Farmer

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

20000/-

(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	Kankalp	60	F	Wife
2	Shyama	28	F	Daughter
3	Madhvi	26	M	Son
4	Ramkishan	24	M	Son
5	Pradeep	22	M	Son
6	Ramprasad	20	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश का 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
1	LE → P.P
2	RE → IMSC
3	Surgery → (RE) SURS WITH Jn.

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी
1	SC-FH	

DECLARATION by APPLICANT: जलैरक इत फोरम 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 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 पर कह रहा हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी को अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी सहायता निरस्त की जायेगी।
- 2) मैं यहाँ पर यकीन करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से मिले का यह पैसा, केवल उद्देश्य के लिए ही उपयोग किया जायेगा, जो इस प्रकरण में माँगा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि मैं इस सहायता से किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो मिल रहा हूँ और न ही भविष्य में मिलूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अनुमति दिये जाय)

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/produce 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 is this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अनुमति) अपने सहयोगियों की पूर्ण शक्ति एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में माँगा है, उसे "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मंच, दूर, दूरदर्शन द्वारा अद्वैत से जुड़ी संचारिकाओं और अन्य माध्यमों के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। ये प्रकरण का विवरण मेरे हस्ताक्षर या अंगूठे के बिना "कोशिका फाउंडेशन" के बिना अधिकृत है।

2) मैं (अनुमति) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के अर्थों में प्रसारित है। मैं स्वतः सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" अपने अधिकारियों का निर्णय अंतिम और अविरोध करेगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अनुमति के हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर दिये जाय)

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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मान्यता के "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:

1) वह 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 माँगा जा रहा है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विनियमन उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा माँगा है कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनियमन अतिरिक्त/अन्य हेतु माँगा नहीं किया जाता है तो हमारा निर्णय और रोगी के सम्बंध में किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पूर्ण में स्पष्ट कहा जाता है कि हमारा निर्णय अंतिम और सहायता हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेना होगा।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही वह सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्ताक्षर दिये जाय सहायता के बिना हमें उपचार/प्रक्रिया का चुनाव देना एवं हस्ताक्षर को रोगी का निष्पक्ष है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। हमारे हस्ताक्षर में रोगी के हस्ताक्षर, मुद्रा और अपने अपने की सही विनियमन रोगी एवं हस्ताक्षर की ओर और "कोशिका" की ओर पूर्ण शक्ति या विनियमन इस सम्बंध में नहीं होगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

29/1/18

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 Authorized Signatory on behalf of Hospital)

नाम व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी



FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

आलो हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

आलो हस्ताक्षर 2