

C154/2118

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

E10218/0108

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

25/2/18

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Sarwari

AGE-YEARS आयु-वर्ष

50

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कटुम्ब का नाम

Unverddin

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Village - Chhaprauli, Tehsil - Baraut

District - Baghpat, Uttar Pradesh

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता

- as above -

Preop
0108Postop
Sarwari

OCCUPATION :

व्यवसाय

Housewife

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

40000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. स्वयं का आय कर संख्या

NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर देता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएँ)

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 सम्बंध
1.	Anish	35	M	SON
2.	Sardam	22		
3.	Bakash	21		
4.	Jahir	18		
5.	Sakir	16		
6.	Sabin	15		

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति 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 गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	Diagnosis - RE - MSC LC - HMSC
2.	Surgery - RE - FRC + JOC

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

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

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, if any, 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 धीरे-धीरे बता रहा हूँ कि इस प्रक्रम में दिने गये सभी विषयों में ही जानकारी के अनुसार साथ एवं सही है। यदि कोई विषय एवं कथन अलग पाया जाता है तो मेरी सहायता विभाग को जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता यंत्रि "कोशिका फाइलिंग" में दी जा रही है, उसका उपयोग जम्मे उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रक्रम में पाया गया है।
- 3) मैं स्पष्ट करता हूँ कि निम्न सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस यंत्रि का जोशिक या सहाय विभाग किसी अन्य प्रोटेक्टिविस्ट/अधीनस्थ कार्य में न ले लिया है और न ही भविष्य में लेंगा।

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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फार्मेशन और उसके न्यासीयों" को अधिभूत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोन और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एनएम ब्राह्म, दत्त, चक्रवर्तियों द्वारा उद्धरण से बहुत गतिविधियों और उपस्थितियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिभूत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे द्वारा के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फार्मेशन" के न्यासी अधिभूत है।

- 2) मैं (अवैधक) इस बात से सहमत हूँ कि मैंने पत्र, पात्र, फोटो और विवरण जो कि जागृता के वर्देन में प्रविष्टि है मुझे ज्ञात: जागृता का हवादार नहीं करता। इस सम्बंध में "बोशिका" द्वारा उसके व्यक्तियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आवेष्टा को इस्तेमाल या अंगुठे का निशान

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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 अधिवक्ता, इलाहाबाद की ओर से मालवे/वेपरी को "कोरिन्था फायन्टेन" से विधिवत सन्तानत हेतु विचारित की जाती है, जिसे हम (हमयत) निम्न प्रकार से सत्य व सहीकर करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य संस्था से उठा ली जायगी। हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिमरिता/विनित उठा के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तित अतिरिक्त-संकल लेतु मन्त्रु नहीं किया जाता है तो अगलास किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस भूषि में स्पष्ट कहा जाता है कि अगलास द्वितीय मदद उठा लेगी/मन्त्रु हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से नहीं लेगी/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से एटी गाँव सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। ऐसी पर हमला तो इस दो गाँव सहायता के बिना गये उपचार/प्रक्रिया का शुल्क देती एवं हमला तो कोशिका का बिषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" इस किसी प्रकार का कोई दवाव नहीं है। इसलिए हमला तो ऐसी के श्लेष मुद्दा और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी ऐसी एवं हमला तो ऐसी और "कोशिका" को कोई मुद्दा या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

स्योक्तौ के लिए संस्तुति

Date of Surgery
अपरेसन की तारीख

26/7/18

DR. WAN CHUK DIMA

(Name of Co. & Regn. No. with Stamp)
1/9/68
Phone 2 - New York 1-10,000

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
माया शं. पाठ हस्पताल अधिकाृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक वृद्धांग हस्त

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1

Signature

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामो हस्ताक्षर 2

here