

C18/08/0199

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.: V/0818/0520
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 13/08/18
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Prabhati
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष: 55
SEX लिंग: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Ramchand
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Vill- Jhansi, Dist- Mathura, U.P. 201501

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

Same as above



Preop Postop

(0520) Prabhati

OCCUPATION: Unemployed
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: NA
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न) NA

PAN No. स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाखल हैं (जो मध्य हो उस पर सही का निशान 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	<u>Tara kashi</u>	<u>53</u>	<u>F</u>	<u>Wife</u>
2	<u>Janak Singh</u>	<u>29</u>	<u>M</u>	<u>Son</u>
3	<u>Somesh</u>	<u>27</u>	<u>M</u>	<u>Son</u>
4	<u>Niraj</u>	<u>20</u>	<u>M</u>	<u>Son</u>
5	<u>Jeetu</u>	<u>12</u>	<u>M</u>	<u>Son</u>
6	<u>Rohan</u>	<u>15</u>	<u>M</u>	<u>Son</u>

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 किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	<u>RF - PMAC</u>
	<u>LF - PP</u>
	<u>Surgery - (RE) Sica + IOL</u>

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	<u>SCFH</u>	

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 expenses for which this assistance is requested.

1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मेरे द्वारा जो सहायता दत्त "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में भरा गया है।

3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस दत्त का अधिक या अधिक हिस्सा किसी अन्य फोटो/विशेषक/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्पणकर्ता) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रेषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, ट्रस्ट, कार्यकारण द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरा प्रश्न का विवरण मेरे इलाज को पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।

2) मैं (अर्पणकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आवेक के समक्ष या अंगुठे का निशान

प्रमाणित

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, हमसहरी को और से सम्बन्धित को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु विचारित 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 विविध साहाय्य किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य संस्था से उक्त ऐंटी-भ्रमाल में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि इनमें "कोशिका फाउन्डेशन" से लिजेंडरिजिनिटी उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा साहाय्य विविध अतिरिक्त/संबन्ध हेतु मन्त्रु नही किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से साहाय्य लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल विविध मदद उक्त ऐंटी-भ्रमाल हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नही लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही यहाँ साहाय्य केवल विविध प्रवृत्ति की है। ऐंटी या इस्पताल द्वारा ही यहाँ सलाह या किने गये उपकरण/प्रक्रिया का चुनाव ऐंटी एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नही है। इतरिन्तये इस्पताल में ऐंटी के इलाज सुरक्षा और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी लेने वाले हैं। ऐंटी को होनी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नही होती।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

14 | 08 | 018

MBBS,MS,FICO
Reg. No. 66028

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

डाक्टर का नाम व इलाका व तारीख

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory
on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

अन्तराष्ट्रिय उपयोग हेतु

Exempel

Rich