

CIB/11/0484

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation

Building block of life

APPLICATION No. :

V/1218/0860

APPLICATION DATE :

04/12/2018

आवेदन संख्या :

आवेदन तिथि :

NAME of APPLICANT :

Prabha Devi

AGE-YEARS आयु-वर्ष

57

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

D/o

पिता/पति का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास

Kabra, Dargiya pur

Dist - Hathnash U.P - 204102

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास

SAME as above



Preop Postop

(0860) Prabha Devi

OCCUPATION :

Housewife

व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

(Attach Proof of Income)

NA

TOTAL ANNUAL INCOME :

NA

कुल वार्षिक आय

PAN No. बताइए यदि उपलब्ध

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

Yes / No

हाँ / नहीं



क्या आप आय कर दाता हैं (जो सत्य हो उस पर 'हाँ' की ओर चिह्नित करें)

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	Surenabha Singh	60	M	Husband
2	Mahesh	29	M	Son
3	Reena	32	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये चिह्नित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशम के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई आधार
---	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे लाने किन्हीं कारण दर्शाएं:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुपचार/प्रीतिपत्र के साथ की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न
	KE - GMA
	LE - TMAC
	Surgery - (KE) SCL + TCH

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल रही है?

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

DECLARATION by APPLICANT: ☐ मी/मीने या गोपनीयतेच्या अटी व शर्तीचा पूर्णपणे वाचला आहे. ☐ मी/मीने या गोपनीयतेच्या अटी व शर्तीचा पूर्णपणे वाचला आहे.

- DECLARATION by APPLICANT: आवेदनकर्ता का कथन है:
- 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 assist. 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 amt. for which this assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ पर कबल यह कह रहा हूँ कि इस प्रमाण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन प्रमाण सत्य साबित हो तो येरी इसका विचार हो कि सचता है।
- 2) मैं यहाँ पर कबल यह कह रहा हूँ कि "अतिरिक्त प्रमाणपत्र", जो भी का सही है, इसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रमाण में प्रमाण है।
- 3) मैं यहाँ पर कबल यह कह रहा हूँ कि मैं इस प्रमाण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन प्रमाण सत्य साबित हो तो येरी इसका विचार हो कि सचता है।

AGREEMENT by APPLICANT (other than you)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post-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 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके भ्रातृवर्गों" को अधिकृत करना है कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रपत्र में उल्लिखित हैं, उसे "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा या उनके कर्मियों, स्वयंसेवकों या दूसरे माध्यम से मुझे उपस्थिति देने के लिए किसी भी प्रकार का प्रयास करने के लिए अधिकृत है। उन प्रपत्र का उपयोग करके फाउंडेशन को पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत है।
- 2) मैं (अवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी प्रतिफल के प्रदान करने के लिए नहीं कर सकते हैं। कोशिका फाउंडेशन और उनके भ्रातृवर्गों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APRIL 1987

APPLICANT'S SIGNATURE _____

AGREEMENT by HOSPITAL (WORTH DR. WTR)

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 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संलग्न

Dr. Ashwini Kumar
MBBS, MS, FICO
Reg. No. 865029

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

हस्ताक्षर का नाम व पदनाम व पृष्ठ नं.

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

આમ જ તે સમયના અધિકાર અધિકારી

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION ज्ञानसिद्धि उपयोग हेतु

SIGNATURE OF TRUSTEE 1

— ३३३ —

SIGNATURE of TRUSTEE 2

ज्यागी इमरान २