

C18/11/0487

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building back of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

V/1218/0861

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

05/12/018

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Sarpal Singh

AGE-YEARS आयु-वर्ष

53

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

S/O Ram Swaroop

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान निवास पता

Tomb, Tomb, Salampur

Dist: Haridwar U.P. 201102

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता

Same as above



Preop Postop

(0861) Sarpal Singh

OCCUPATION:

व्यवसाय

Farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

21000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. (आय कर पहचान संख्या)

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

क्या आप आय करदाता हैं? (को सही को टिक करें या नहीं का चिह्न लगाएं)

Yes / No

हां / नहीं

✓

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से सम्बन्ध
1.	Jaltes	30	F	Wife
2.	Sanjay	21	M	Son
3.	Vrinda	20	F	Daughter
4.	Lata	17	F	Daughter
5.	Madhu	16	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए विवक्षित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रखा के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ ही जमा करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ ही जमा करें)	Ration Card (Attach Copy) व्यवस्थापक कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ ही जमा करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे क्या निशुल्क का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE - TMS
	LE - TMS
	Surgery - (RE) SICS + TOL

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 जी गई सहायता राशि
1	SMITH	

DECLARATION by APPLICANT: ☐ YES ☐ NO ☐ N/A

- 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 Nishika 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 यहाँ पर बता रहा हूँ कि इस प्रमाण पत्र में मैंने जो सब जानकारी दी है, वह सच है। यदि कोई झूठा बयान दिया जाता है तो मेरी सहायता निरास हो जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर गौरवपूर्वक रूप से "उद्देश्य" बता रहा हूँ, जिसके लिए मैं सहायता मांग रहा हूँ। मैं यहाँ पर गौरवपूर्वक रूप से "उद्देश्य" बता रहा हूँ, जिसके लिए मैं सहायता मांग रहा हूँ।
- 3) मैं यहाँ पर गौरवपूर्वक रूप से यह बता रहा हूँ कि मैंने और भविष्य में भी किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न तो पैसे लिए हैं और न ही लेना चाहता हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (attach DO WFO)

- 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/print/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 प्रश्न पर अपने बराबर का कोई भी कागज लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी छाप/हस्ताक्षरों को मुद्रित करवा दूँ ताकि "कोशिका फाउंडेशन और उसके त्रुस्टीयों" को अधिकृत करवा दूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रेषित है, उसे "कोशिका" द्वारा, पत्र, प्रकाशक, दूरदर्शन से मुझे प्रेषित/विपणित और प्रसारित करने के लिए किसी भी प्रकार सामान्य से प्रार्थना करने के लिए अधिकृत है। मेरा नाम या विवरण को इसका प्रयोग करने या कर देने करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या किसी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि इसका प्रयोग दूरदर्शन से मुझे करे; इसका प्रसारण करे इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उसके त्रुस्टीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

असिद्धात् न प्रमाणं न प्रतीतिरिति चेन्न

21-4401

AGREEMENT by HOSPITAL. (FED. 100-100)

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 this 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.

अपनी अधिकृत, गैरवाणी की जगह से सम्बन्धित या "संश्लेषित सम्बन्ध" से जितने सम्बन्ध हुए निवाचित की जाती हैं, जिसे हम (अपणित) जितने जगह से सम्बन्ध से सम्बन्धित करते हैं।

- 1) यह कि न तो अधिनियम और न ही अधिनियम में विहित उपपन्ना किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य व्यक्ति से उक्त एंटी-मन्यूनमेंट में होने या हो गई है, जैसे कि हमने "बोडिंग काउन्सिल" से निवृत्ति/निर्गमन उक्त के अन्वय में "बोडिंग काउन्सिल" द्वारा मरदा हेतु कि है। यदि "बोडिंग काउन्सिल" द्वारा संस्थान विहित अधिनियम/अन्वय हेतु मरदा नहीं किया जाता है न अन्वय किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से संस्थागत होने का अधिनियम सुनिश्चित करता है। इस सुनिश्चित में मरदा कहा जाता है कि अन्वयगत विहित मरदा उक्त एंटी-मन्यूनमेंट हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से नहीं लेना/लेनी।
2. "बोडिंग काउन्सिल" से ही यह संस्थागत बोडिंग विहित प्रभुति की है। एंटी या संस्थानगत द्वारा ही यह संस्था या किसी भी एंटी/अधिनियम का सुनिश्चित होने एवं संस्थागत से बोडिंग का विहित है और "बोडिंग काउन्सिल" द्वारा किसी उक्त का कोई एंटी नहीं है। एंटी/अन्वयगत में एंटी के उक्त सुनिश्चित और अन्य होने की साथ विहित एंटी/अन्वयगत की एंटी और "बोडिंग" की कोई एंटी/अन्वयगत या विहित/अन्वयगत द्वारा मरदा में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

सर्वीश्वरी जे हिता सर्वसुखी

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

अधिकारों की सीमा

06/12/018

Dr. Ashwini Kumar

M.B.M. M.B.M. CO.

Reg. No. 65028

Time _____

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

इन्द्रा वा नमः व हमावा व रौद्र मे

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

उत्तर में यह इन्तजाम अभिवृद्ध अभिवादी

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION: आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायै हमाणा ।

Exempel

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायी इन्द्राया २

list

