

C18/110498

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रकाश

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation
Building back of lifeAPPLICATION No.
आवेदन संख्या :

V/1218/0863

APPLICATION DATE
आवेदन तिथि

05/12/2018

NAME of APPLICANT
आवेदनकर्ता का नाम

Mahendra Singh

AGE-YEARS आयु वर्ष

66

SEX लिंग

M

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

Sh. Mewaram

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Vill - Bahadur, Udhwa

Dist - Mathura, U.P.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

Same as above



Preet Preet

(0863) Mahendra Singh

OCCUPATION
व्यवसाय

Unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

N/A

TOTAL ANNUAL INCOME
कुल वार्षिक आय

NA

PAN No. आय का प्रमाण

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable)
क्या आप आय करदाता हैं? (को सही का चिह्न दें)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 आवेदनकर्ता से संबंध
1.	Maya Devi	60	F	Wife
2.	Sanjay	27	M	Son
3.	Santosh	24	M	Son
4.	Satish	20	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) कोटो रखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ें)	Ration Card (Attach Copy) आवश्यक कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE
सहायता हेतु दिने गये विषय का उद्देश्य

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अवस्थापन/दवाइयां से जारी की गई प्रतिलिपि प्रस्तुत करें
1.	RE - T.M.C.
2.	LE - T.M.C.
3.	Surgery - (RE) S.M. + T.C.

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 आय स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED और गत सहायता राशि
1.	SEH	

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा घोषणा करें):

- 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/termination.
- 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस आवेदन में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं बनता असत्य पता चलता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता यहाँ "बोसिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस आवेदन में सत्य तथा है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु यह राशिगत की नहीं है, उस राशि का अधिकतम या समस्त विवरण किसी अन्य प्रोवेंडोर/एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार):

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print-upreproduce 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 its 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 आवेदन पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति को पुष्टि करता हूँ कि "बोसिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस आवेदन में बोसिका है, उसे "बोसिका" पर प्रकाशित करे, चमकाने या अन्य माध्यम से मुझे प्रचारित करने के लिए किसी भी माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे द्वारा जो सहायता मैं इस आवेदन में मांग रहा हूँ, उसे मैं अपने "बोसिका फाउन्डेशन" के भरोदारों को दे सकता हूँ।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित हैं मुझे स्वतः सहायता का हक्क नहीं बनाता। इस सम्बंध में "बोसिका" पर प्रकाशित जानकारी का निर्णय बोसिका और इसके भरोदारों द्वारा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या बायाँ हाथ की छाप

[Signature]
म. एस. सिंह

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार):

- 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 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

- हमारी अधिकृत, इसकाटो की ओर से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि वह हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मदद से स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी सहायता हेतु किसी अन्य स्रोत से मदद लेनी चाहते हैं जो कि हम "बोसिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उद्देश्य के सम्बंध में "बोसिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "बोसिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट अधिकृत/अवकाश हेतु मदद नहीं दिया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रकार से मदद नहीं करता है कि सहायता द्वितीय-स्तर पर उस स्रोत/सहायता हेतु किसी और सहायता लेना या किसी अन्य सहायता से नहीं लेना चाहते।

2. "बोसिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। कोई भी हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किसी अन्य उपचार/प्रक्रिया का चुनाव लेने का हस्पताल के बीच का विषय है और "बोसिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीसे हस्पताल में लेने के प्रकार सुनिश्चित और अपने कर्तव्य को पूरी की जाती और "बोसिका" को कोई शुल्क या किर्तव्य ही इस मामले में नहीं होता।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

अधीक्षक की लिखित अनुमति

Dr. Ashwini Kumar

MBBS, MS, FICO

Reg. No. 66028

Time _____

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

डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

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

नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी



FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नम्बर 1 हस्ताक्षर

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नम्बर 2 हस्ताक्षर

[Signature]