

C17/10/0090

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building Block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या :

V/1218/0870

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

05/12/018

NAME of APPLICANT:

आवेदन का नाम

Chandra Pal

AGE-YEARS आयु-वर्ष

65

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

S/O Ishwari Bupad

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Vijaygarh, Kaimthal

Dist - Meerut U.P. 202197

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS - स्थायी आवासीय पता

Same as above



Preop Postop

(0870) chandra pal.

OCCUPATION

व्यवसाय

Farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

19500/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य अलग)

NA

PAN No. क्या है/क्या नहीं है

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

क्या आप आय का दाता हैं (जो मान्य हो उस पर कटि का चिह्न 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 से संबंध
1.	Prakashi	60	F	Wife
2.	Manish	28	M	Son
3.	Vikram	26	M	Son
4.	Dharam Veer	20	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया उचित संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया उचित संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) रसदवाज कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया उचित संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये निम्न का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अवस्थापन/दवाखाने से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE - PP
	LE - TMAC
	Surgery - (LE) SICS + IOL

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 तो गई सहायता राशि
1	SCHE	

DECLARATION by APPLICANT: सत्यमेव जयते

- DECLARATION BY APPLICANT: मैं निम्नलिखित घोषणा करता हूँ:
- 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 Kratsika 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 यहाँ पर बता रहा हूँ कि इस प्रश्नावली में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सच्चे हैं। यदि कोई झूठा बयान दिया जायेगा तो मेरी आवेदन पत्र को खारिज कर दिया जायेगा।
- 2) मैं यहाँ पर अवश्य प्रति "योग्यता प्राप्त करने", से जो मदद मिलेगी, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्नावली में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बता रहा हूँ कि मैं किसी भी अन्य स्रोत से या अपने स्वामी के द्वारा या किसी भी अन्य संगठन/निर्माता/बीमा कम्पनी से न तो किसी भी प्रकार की मदद ले रहा हूँ और न ही भविष्य में ऐसा करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अनुमति दाता द्वारा)

- 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/produce 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न पर अपने उत्तरों पर अपने हस्ताक्षर, मुद्रा (अंगूठा) अपनी छाप की तुल्य माना है। एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता है कि वे मेरा नाम, पता और मेरे विषय इस प्रश्न में जोड़ें हैं। एवं "कोशिका" एक व्यक्ति, एक समुदाय द्वारा प्रेरित या प्रेरित अभिनेताओं और हस्तक्षेपों को नियंत्रित करने के लिए किसी भी प्रकार के प्रयत्नों को शुरू करेगा। मैं इस प्रश्न का उत्तर देने के साथ यह मानने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से अपनी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, पता और विवरण को कि फाउंडेशन के भरोदारों से अधिकृत है। मुझे पता, फाउंडेशन या हस्तक्षेप नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एक व्यक्ति, एक समुदाय के नियंत्रित अभिनेता और हस्तक्षेपों द्वारा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

24/2/20

AGREEMENT by HOSPITAL (EPH 000 000 000)

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.

इससे अधिकतर, हमारे पास भी जोर से यहाँ/होटे को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) वित्तिय सहायता से लाभ न ले सकें।

- 1) यह कि हम से अलग और न ही वित्तिय सहायता किसी के सहायता संस्करण या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या ले रहे हैं, जैसे कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश सहायता से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता सिफारिश अधिकतर/अधिकतर हेतु, यद्यपि नहीं किम प्राप्त है तो अस्पताल किसी अन्य के सहायता संस्करण या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ के अन्त में कहा जाता है कि अस्पताल द्वारा प्राप्त सहायता (सहायता) हेतु किसी के सहायता संस्करण या किसी अन्य सहायता से नहीं ले सकते।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही वह सहायता संस्करण वित्तिय प्रदूषित की है। लेने या अस्पताल द्वारा से यह सहायता या जिसे हमें अस्पताल/अधिकतर का पुनर्गत एंगी एवं सहायता से सहायता का विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई सहायता की है। इसीसे अस्पताल से लेने में अस्पताल द्वारा और अपने जाने की नहीं सिफारिश की जाती और "कोशिका" को कोई सहायता या सिफारिश/अधिकतर प्राप्त करने में नहीं लेते।



RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
परीक्षाओं के लिए संज्ञाएँ

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

06/12/018

Dr. Ashwini Kumar
MBBS, MS, FICO
Reg. No. 00028
Time _____
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

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

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग के

SIGNATURE of TRUSTEE 1

 NAME HERE :

Ergebnis

SIGNATURE OF TRUSTEE 2
DATE VERIFIED 2

list