

C18/11/0507

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building touch of life
APPLICATION No. /
आवेदन संख्या :

V/1218/0872

APPLICATION DATE /
आवेदन तिथि

05/12/18

NAME of APPLICANT /
आवेदन का नाम

Koyal Devi

AGE-YEARS आयु-वर्ष

69

SEX लिंग

F

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

D/o - Prema

PRESENT RESIDENCE ADDRESS - वर्तमान निवास पता

Near Instrument High School, Ratulpur

Dist - Patna HR - 12/102

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

Same as above

OCCUPATION /
व्यवसाय

Housewife

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य प्रमाण) NA

TOTAL ANNUAL INCOME /
कुल वार्षिक आय

NA

PAN No. जारी प्राप्त संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर तिकी का निशान लगाएं)

Yes / No

हैं / 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 आवेदन के साथ संबंध
1.	Devi Chand	18	M	Husband
2.	Devraj	40	M	Son
3.	Hemanta	36	M	Son
4.	Sumit	31	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए निर्दिष्ट आधार

BPL Card (Attach Card - Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basic Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

सहायता हेतु निम्न मध्ये किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रोगनिदान/वैद्यक से जारी की गई प्रीतिपत्र सूची संलग्न
	RE - IMAC
	LE - IMAC
	Surgery - (RE) SICS + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कहीं 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 जो यह सहायता राशि
1	SCCH	



Preop Postop

(0872) Koyal Devi

DECLARATION by APPLICANT: ☐ YES ☒ NO

- DECLARATION by APPLICANT:** आवेदन करने वाले का बयान
- (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 Kishika 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.
- (4) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सारे विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई कथित एवं वास्तव असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- (5) मैं इस बात को अवगत रहते "कठिनाई आधारित", से जो लाभ मिलेगा, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में कहा गया है।
- (6) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस व्ययिता हेतु यह सहायता मांगी गई है, वह नहीं या कठिनाई या दूसरा किसी अन्य स्त्रोत/रोजगारदाता/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लेंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (make all etc)

- 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 जहाँ इच्छातः या अनिवार्यता के साथ उत्तर देना है (संकेतक) जहाँ उत्तरों की सुविधा प्राप्त है वह "कोशिका फाउंडेशन और उसके प्राचीन" को अधिकृत करता है कि वे नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रश्न में दी गई हैं, उसे "कोशिका" द्वारा अपने, उनके, सहयोगियों द्वारा उपयोग से पूरी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार संपन्न हो सकता है।
- 2) मैं (अर्पितकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि आधारों के निर्देशों से दिये जा सकते हैं, आधारों का उपयोग नहीं कर सकते हैं।
- "कोशिका" द्वारा उसके प्राचीन के बिना अलग और सम्बन्धी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अधिकतम १० प्रतिशत तक बढ़ाया जा सकता है।

केथल

AGREEMENT by HOSPITAL. (HOSPITAL SIGN HERE)

- By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this candidate 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 administered/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 अधीनस्थ, हस्ताक्षर को जोड़ते हैं यापदेशकर्ता को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को करते हैं, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।
- 1) यह कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और साक्षरी संगठन या किसी अन्य व्यक्ति या उस संस्था/व्यक्ति से लेते या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/वित्तीय सहायता से संबंधित "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा स्वीकार किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जाती है, तो हमें यह भी स्वीकार करना पड़ेगा कि हमें किसी अन्य नि: शुल्क संगठन या किसी अन्य संस्था/व्यक्ति से सहायता लेने का अधिकार प्रदान किया है। इस दृष्टि से हमें स्वीकार करना है कि हमें सहायता प्रदान करने वाली संस्था/व्यक्ति को भी स्वीकार करना पड़ेगा कि हमें सहायता प्रदान करने वाली संस्था/व्यक्ति से स्वीकार किया है।
 2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी वित्तीय सहायता कोशिका फाउंडेशन को है। हमें यह स्वीकार करना है कि हमें सहायता प्रदान करने वाली संस्था/व्यक्ति से स्वीकार किया है। हमें यह स्वीकार करना है कि हमें सहायता प्रदान करने वाली संस्था/व्यक्ति से स्वीकार किया है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

इन्जीनियरिंग के विषय में संस्कृति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

06/12/018

Dr. Ashwini Kumar
MBBS, MS, FICO
Reg. No. 65028
Tamil Nadu
(Name of Dr. & Reg. No. with Stamp)
जन्म का वर्ष व इलाक़ा व धर्म

(Name, Designation & Stamp of  on behalf of Hospital)
આ ને જ નમો અમિત અમિત

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

व्यवसायिक वृत्तपीठ हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

Erklärung

SIGNATURE of TRUSTEE 2
प्राप्ति प्रमाण 2

1228

28.04.2018