

C18/12/0099

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation

Building blocks of life

APPLICATION No. :

✓/1218/0873

APPLICATION DATE :

05/12/018

आवेदन संख्या :

NAME of APPLICANT :

Ninua/cam

आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष

68

SEX लिंग

M

FATHER/SPOUSE'S NAME :

S/o Leladhak

पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास स्थान

Indrapuri, Sihara

Dist - Mathura U.P. 281401

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास स्थान

Same as above



Preop Postop

(0873) Ninua/cam

OCCUPATION :

Farmer

व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

(Attach Proof of Income)

(आय का सबूत संलग्न करें)

NA

TOTAL ANNUAL INCOME :

21500/-

कुल वार्षिक आय

PAN No. : आय का पत्र संख्या

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

Yes / No

हाँ / नहीं

क्या आप आय कर दाता हैं (जो सही हो उस पर चिह्न काटें)

क्या आप आय कर दाता हैं (जो सही हो उस पर चिह्न काटें)

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 के साथ सम्बन्ध
1-	Ram Kauri Devi	63	F	Wife
2-	Vinodkumar	41	M	Son
3-	Rajiv	37	M	Son
4-	Meena	33	F	Daughter
5-	Kusma	28	F	Daughter
6-	Ram	24	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए विवृति आधार

BPL Card

(Attach Card Copy)

गरीबी रेशा के नीचे आय पर

(आय पर की जाय प्रति संलग्न करें)

EWS Certificate

(Attach Certificate Copy)

अल्प आय वर्ग आय पर

(आय पर की जाय प्रति संलग्न करें)

Ration Card

(Attach Copy)

उपभोग्य कार्ड

(आय पर की जाय प्रति संलग्न करें)

Any Other

Basis/Proof

अन्य कोई सबूत

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये निम्नी का उद्देश्य:

Medical Reports/Prescriptions Attached

अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न

Sr. No.

क्रम संख्या

KE - T/MAS

LE - T/MAS

Surgery - (KE) S/CB + 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 जो यह सहायता मिली
1	SCEB	

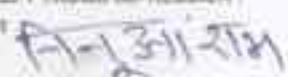
DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा घोषणा):

- 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 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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान एवं झूठा आग्रह प्रपत्र जमा है तो मेरी आग्रहा विवरण को खारिज कर दिया जा सकता है।
- 2) मैं इस बात को घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में मांग किया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस आग्रहा हेतु वह व्यय/वैद्यकीय की मदद, इस प्रपत्र में उल्लिखित या उल्लिखित विवरण किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इन्सुरेन्स कंपनी से न ले ले रहा है और न ही भविष्य में लेगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा सहमति)

- 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/print-out/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 अपनी हस्ताक्षर या अंगुली का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में उल्लिखित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा यादगार, दान, वाचनालय द्वारा इत्यादि से धुंधले चित्रों/चित्रों और प्रकाशित करने के लिए किसी भी माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण भी इस बात से सहमत है कि मैं अपने नाम से अपने को लिए "कोशिका फाउंडेशन" से मदद अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी शर्तों के प्रकाशित करने वाले: क्लब/समाज का सदस्य नहीं बनता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उल्लिखित चित्रों का निर्माण अधिकृत और सम्भव है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आवेदक का हस्ताक्षर या अंगुली का छाप: 

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा सहमति)

- (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 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.
- हस्ताक्षर/अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से हस्ताक्षर/अधिकृत को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किंतु हम (हस्पताल) किसी प्रकार से धन या सहायता नहीं लेते।
- 1) यह कि मैं या मेरी हस्ताक्षर/अधिकृत न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता को प्राप्त करने के लिए किसी अन्य स्रोत से मदद लेते हैं, जो कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से मदद/सहायता/वित्तीय मदद के संबंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मांग किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तीय सहायता/वित्तीय मदद हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाता है तो हस्पताल/हस्ताक्षर/अधिकृत को किसी अन्य स्रोत से मदद लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रकार मैं स्पष्ट करता हूँ कि हस्पताल/हस्ताक्षर/अधिकृत को किसी अन्य स्रोत से मदद लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है।
 2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी मदद/सहायता वित्तीय सहायता/वित्तीय मदद की है, उसे हम (हस्पताल) द्वारा ही लेते हैं, जो कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से मदद/सहायता/वित्तीय मदद के लिए मांग किया है। हमारे द्वारा हस्ताक्षर/अधिकृत को किसी अन्य स्रोत से मदद लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। हमारे द्वारा हस्ताक्षर/अधिकृत को किसी अन्य स्रोत से मदद लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Dr. Ashwini Kumar

MBBS MS FICO

Reg No 66028

Time: _____

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

डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप

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

हम व पर हस्ताक्षर/अधिकृत अधिकारी



FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नम्बरी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नम्बरी हस्ताक्षर 2

