

CIB/12/0079

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन-आकृति

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building Block of Life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

V/1218/0879

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

05/12/18

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Khato

AGE-YEARS मातृ-वर्ष

69

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पति का नाम

D/-Natrpal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान निवास का पता

H.No.-423, Badha Niwad, Vrindavan Bangar

Dist - Mathura, L.P. - 281121

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास का पता

Same as above

(0874) Khato

OCCUPATION:

व्यवसाय

Housewife

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

(Attach Proof of Income)

(आप का आय प्रमाण)

NA

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

NA

PAN No. क्या है/क्या नहीं है

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय करदाता हैं? (जो स्थिति सही हो उस पर तिकी 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 क्या संबंध
1.	Member	late	M	Husband
2.	Wing	39	M	Son
3.	Kameth	36	M	Son
4.	Panna	30	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
आवेदन के लिए विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) सब्सिडी कार्ड का कॉपी प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ ही जमा करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आधार का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ ही जमा करें)	Ration Card (Attach Copy) रेशन कार्ड का कॉपी (प्रमाण पत्र की साथ ही जमा करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

आवेदन हेतु किसे लाभ मिलेगा का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रमाणित दवायी संलग्न
	RE - TMAC
	LE - TMAC
	surgery - (RE) Side + Top

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 यह सहायता कितनी
1	SEH	

PASTE PHOTO HERE
फोटो यहाँ चिपकाएं

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, if any, 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रत्येक में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मैं मेरी प्रार्थना विफल की जा सकती है।
- 2) मैंने इस को सहायक यंत्र "कोशिका फाउंडेशन", से ही ले रही हूँ, उसका उपयोग इसे उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रत्येक में बताया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं सहायक हेतु या प्रत्येक को नहीं हूँ, उस राशि का अधिकतम या समस्त विवरण किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/बीमा कम्पनी से पैसे ले लिया है और न ही भविष्य में करूँगा।

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/put-up/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 its activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment in 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 प्रत्येक पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने अंगूठे की छाप करार हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रत्येक में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका" दस्तावेज़, पत्र, मासिक पत्र, अखबार से मुझे उपलब्ध होने वाले विवरणों को प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रत्येक को विवरण को इस प्रकार के प्रयोग से मुझे जारी रखने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायक से उपलब्ध हो सकते हैं, प्रकाशित हो सकते हैं। सहायक का हस्ताक्षर भी करता हूँ। इस प्रत्येक में "कोशिका" दस्तावेज़, पत्र, मासिक पत्र, अखबार और मासिक पत्रों को प्रकाशित करने के लिए अधिकृत करता हूँ।

APPLICANT'S SIGNATURE OR THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल 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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर भी और से उपलब्ध होने को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायक हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।
- 1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायक किसी भी अन्य स्रोत से किसी अन्य मामले से उस रोगी/मरीज के लिए या ले रहे हैं, केवल कि हमारे "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश तथा को प्रत्येक में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायक किसी अधिकतम-प्रमाण हेतु प्रस्तुत नहीं किया गया है तो हॉस्पिटल किसी अन्य स्रोत से सहायक लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस प्रत्येक में स्पष्ट कहा जाता है कि हॉस्पिटल पूर्णतः अपने प्रत्येक रोगी/मरीज हेतु किसी भी सहायक प्रमाण या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायक प्रमाण वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हॉस्पिटल द्वारा ही गई प्रक्रिया या किने गये उपकरण/प्रक्रिया का प्रयोग रोगी एवं हॉस्पिटल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रक्त नहीं है। इसलिए हॉस्पिटल में रोगी को हस्तगत प्रमाण और जाने जाने को जारी रखने को रोगी और "कोशिका" को कोई प्रमाण या सिफारिश इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए प्रस्तावित

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

06/12/2018

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छापDr. Ashwini Kumar
MBBS MS FCIO
Reg. No. 00028
Tumkur(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
नाम व पद हॉस्पिटल अधिकृत अधिकारी**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)**SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामों हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामों हस्ताक्षर 2