

C18/11/0550

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building blocks of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

V/1218/0885

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

07/12/2018

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Sunita Devi

AGE-YEARS आयु-वर्ष

38

SEX लिंग

F

FATHER/SPOUSE'S NAME :

पिता/सहोदर का नाम

D/o - Dhanji Ram.

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता

H.No-145, V.M. - Bhalgaon Rajmouli
District - Azamgarh, U.P., 223122

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION :

व्यवसाय

House wife

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

NA

PAN No. : स्थायी आय संकेत

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSOR (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उसे या नहीं का चिह्न लगाएं)

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 आवेदक के साथ सम्बन्ध
1	Pran Singh	42	M	Husband
2	Sonu	21	M	Son
3	Mamta	17	M	Son
4	Arvind	14	M	Son
5	Nidhi	12	M	Son
6	Archi	10	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये सिद्धि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) एनपीएस कार्ड का नकल प्रदान करें (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) जन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे लक्ष्य मिलनी का उद्देश्य

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई दवाइयों की सूची संलग्न
	RE - PP
	IE - TMC
	Surgery - (LE) SCL + TOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य को हेतु कहीं अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से प्राप्त प्राप्त हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED हो गई सहायता राशि
1	SCHE	



Presp Postop

(0885) Sunita Devi

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा कर:

- 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 सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी आवेदन पत्र को खारिज कर दिया जायेगा।
- 2) मैं इससे अधिक सहायता प्राप्त "कोशिका फाउन्डेशन", से ले जा रही हूँ, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में मध्यम है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने भविष्य में इस मदद को लेकर, इस मदद का अधिक या कम किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही लेना है।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा कर):

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-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 fulfilment 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 अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी स्वीकृति को पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, इसे "कोशिका" समूह, पत्रिका, पत्र, साप्ताहिक पत्रिका, अखबार से मुझे सहायता के लिए किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मैं इससे अधिक करने या कर ले करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से नहीं अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के अर्जन के लिए दिये जायें, सहायता का स्वरूप और मर्यादा इस सम्बंध में "कोशिका" समूह इसके भरोदारों का निर्णय अधिकार और जवाबदारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आवेदनक की हस्ताक्षर या बायाँ हाथ की छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कर):

- 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 अधिकृत, हमारे यहाँ की ओर से स्वीकृत/प्रेषित की "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रपत्र में सत्य व स्वीकार्य करते हैं।
- 1) यह कि न तो हमारे यहाँ और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी रोगी के सम्बंध में किसी अन्य स्रोत से उठाया जायेगा जो कि हमें इससे अधिक सहायता के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/किए गए मदद के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मध्यम हेतु है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकतम/कम हेतु मध्यम नहीं किया जाता है तो हमारे यहाँ किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमारे यहाँ सिर्फ सहायता के अर्जन हेतु किसी भी रोगी के सम्बंध में किसी अन्य स्रोत से मदद लेना/प्रेषित नहीं किया जायेगा।
 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने वाली सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी का इलाज इससे नहीं प्रभावित होगा बल्कि रोगी को उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हमारे यहाँ के बीच का फैसला है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिए हमारे यहाँ रोगी के इलाज का फैसला और करने वाले को पूरी जिम्मेदारी होगी और "कोशिका" को कोई दखल या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery अभियंत्रण की तारीख 10/12/018	Dr. Ashwini Kumar MBBS, MS, FICO Reg. No. 66028 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाज के लिए नं.	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) रोग व रोगी हस्पताल अधिकृत अधिकारी
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोदार 1 <i>[Signature]</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोदार 2 <i>[Signature]</i>
--	--