

C18/12/0169

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation

Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

V/1218/0891

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

10/12/018

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Ramji Lal

AGE-YEARS आयु-वर्ष

55

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

Chiranjeev Lal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

Kedha Niwara Bungalow, Vindavan Bazar,
Distt. & Mathura, (U.P.), 281121

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

Same as above



Areet Post

(0891) Ramji Lal

OCCUPATION :

व्यवसाय

Shroopkeeper

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

NA

(Attach Proof of Income)

(आय का सबूत संलग्न करें)

NA

PAN No. स्पष्ट करें, संलग्न करें

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

क्या आप आय कर दाता हैं? (को मान्य हो उस पर चिह्न करें) (अनुपयोज्य)

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	Family	50	F	Wife
2	Ram	30	M	Son
3	Kelcha	29	F	Daughter
4	Suresh	21	M	Son
5	Rajni Kant	20	M	Son
6	Satish Kant	17	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश से चिह्न प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) रेशन कार्ड कॉपी (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे क्या बिन्दु का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयुर्वेद/चिकित्सक से जारी की गई दवा/उपचार सूची संलग्न
	RE - 1000
	LE - 1000
	Surgery - (E) Side + FOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिए गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED से यह सहायता मिली
1	SCCH	

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक 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 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी प्रार्थना निराश हो जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को अवगत कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", मेरी मदद करेगी, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में उल्लेखित हैं।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी प्रकार से इस प्रकरण को नहीं हारूँ। इस बात का अतिरिक्त यह प्रमाण प्रदान किया जाये कि अन्य प्रोवाइडर/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से मैं इस लिये मदद नहीं ले रहा हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-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 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 प्रकार मैं अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी स्वीकृति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके त्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार में प्रसारित हों, जैसे "कोशिका" द्वारा गैर-लाभकारी, दान, धर्मार्थक दानों इत्यादि से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रचारित करने के लिये अधिकृत है। मेरी प्रार्थना का निराकरण मेरी प्रार्थना को पूरा करने का काम है। मैं इस बात से सहमत हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" मेरी स्वीकृति है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण मेरी प्रार्थना के अंतर्गत से प्रचारित हों। मेरी प्रार्थना का निराकरण मेरी प्रार्थना से स्वतंत्र है। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा गैर-लाभकारी या गैर-लाभकारी त्रस्टियों की स्वीकृति होगी।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक की हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप

रामजीलाल

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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.
- हस्ताक्षर करके, हमारा स्वीकृत हस्ताक्षर करने वाला व्यक्ति (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करता है:
- 1) यह कि हम न तो वर्तमान में न ही भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता प्राप्त करने का उद्देश्य रखते हैं, जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिये अनिवार्य है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की गई वित्तीय सहायता हमें पूरी नहीं मिलती है, तो हम अपने शेष आवश्यकताओं को पूरा करने के लिये किसी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस दस्तावेज़ में स्पष्ट किया गया है कि हमारा उद्देश्य है कि हम "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिये अनिवार्य हैं।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त की गई वित्तीय सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर उपचार का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। हस्ताक्षर करने वाले व्यक्ति को रोगी के उपचार का चुनाव करना और अपने कर्तव्य को पूरी तरह से निभाना है और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिये संस्तुति

Dr. Ashwini Kumar

MBBS, MS, FICO

Reg. No. 60038

Time

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

डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप

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

नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी



FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नाम व हस्ताक्षर 1

Sufyan

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नाम व हस्ताक्षर 2

Sufyan