

C18/12/0198

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika
Foundation

Building block of life

APPLICATION No. : 10/12/0894

APPLICATION DATE : 10/12/08

NAME of APPLICANT :
आवेदक का नाम

Bani Singh

AGE-YEARS आयु-वर्ष : 49

SEX लिंग : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :
पिता/पत्नी का नाम

Suman

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवास पता

V.O - Artaun, Teh - Mahawan
Distt - Mathura, U.P., 281301

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

Same as above



Free Pictop

(0894) Bani Singh

OCCUPATION :
व्यवसाय

Farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :
कुल वार्षिक आय

NA

(Attach Proof of Income)
(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

NA

PAN No. स्पष्ट करें

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर तिकी का निशान 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 के साथ संबंध
1	Wife	49	F	Wife
2	Sangita	22	F	Daughter
3	Vijeta	20	F	Daughter
4	Anjali	17	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के साथ 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) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE
सहायता हेतु किसे करने बिना का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रमाणित सूची संलग्न
	RE - IMAC
	LL - IMAC
	Surgery - (RE) Sica + Pol

ASSISTANCE BEING AWARDED 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 AWARDED कौन सा सहायता राशि
1	SCCH	

DECLARATION by APPLICANT (अर्शक 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 expenses for which this assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं प्रमाणित पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो सहायता मिले, उसका उपयोग इसी उद्देश्य के पूर्ण में मिले बिना नहीं, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता से किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो रिफंड ले रहा हूँ और न ही भविष्य में भूँषा

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा सहमति)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रारूप पर मेरी हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित करें, दूर, दूरदर्शन द्वारा प्रसारित करें, मुझे संदर्भित करें और जानकारी के लिए किसी भी अन्य माध्यम से प्रसारित करने में लिखित अधिकृत हैं। मेरे प्रारूप का उपयोग कोशिका फाउन्डेशन को मेरे नाम का उपयोग करने में लिखित "कोशिका फाउन्डेशन" में अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के प्राप्ति के लिए प्रसारित करने का उपयोग नहीं किया जा सकता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा प्रसारित जानकारी का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

अर्शक का हस्ताक्षर या अंगुली का छाप

अर्शक

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल 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 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 अधिकृत हस्ताक्षर करने वाले कोशिका फाउन्डेशन के लिए सिफारिश करने वाले कोशिका फाउन्डेशन, हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से सत्यता स्वीकार करते हैं।

1) यह कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता प्राप्त करने का अनुरोध कर रहे हैं, क्योंकि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने का अनुरोध किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अपने अभाव को पूरा करने के लिए किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता वित्तीय सहायता से है और कोशिका फाउन्डेशन को इस मामले में कोई भूमिका नहीं होगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो सहायता वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का उपचार इस रोगी की स्थिति के अनुसार होना चाहिए और कोशिका फाउन्डेशन को कोई भी भूमिका नहीं होगी। इसलिए हॉस्पिटल में रोगी को उपचार प्रदान करने वाले को कोशिका फाउन्डेशन को कोई भूमिका नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुतिDate of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

11/12/2018

Dr. Ashwini Kumar
MBBS MS FICO
Reg No 66028(Name of Dr. & Regn. No. With Stamp)
डॉक्टर का नाम व इलाका नंबर(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory
on behalf of Hospital)
हॉस्पिटल के लिए अधिकृत अधिकारी**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

अध्यक्ष हस्ताक्षर

अध्यक्ष

SIGNATURE of TRUSTEE 2

अध्यक्ष हस्ताक्षर 2

अध्यक्ष 2