

C18/12/0191

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building blocks of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

✓1218/0898

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

10/12/018

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Harvansh

AGE-YEARS : वय-वर्ष

70

SEX : लिंग

M

FATHER/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

Sh. Kanhiya.

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता

H.NO-112, Vill - Nagla Bahukshuli, Teh - Sadabad

Dist - Mathura U.P. 281209

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION :

व्यवसाय

Farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

21500/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. : पान नं. खाली छोड़ें

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर 'X' चिह्नित करें)

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 सम्बन्ध
1.	Sumati	53	F	Wife
2.	Satyaveer	43	M	Son
3.	Rakesh	40	M	Son
4.	Shyamveer	36	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा की नकल प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कतार प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कतार प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की कतार प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे एवं किसकी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached व्यापक/वैद्यक से जारी की गई प्रीस्क्रिप्शन सुची संलग्न
	RE - IMAC
	LE - IMAC
	Surgery - (RE) Sica + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हुई है?

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



Preop Postop

(0898) Harvansh

DECLARATION by APPLICANT: (अर्हक 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 सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। कोई कोई विवरण एवं कथन असत्य सत्य नहीं है जो मेरी सहायता मिलने की या मंजुरी के लिए आवश्यक है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग किया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो रिफंड है और न ही बीमा या रूपांतर

AGREEMENT by APPLICANT (अर्हक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/print-up/produce 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.
- 3) इस प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली का निम्न छाप करार है (अर्हक) अर्हक अपनी को दिये गए हैं एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता है कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रकाशित, प्रकाशित, प्रकाशित करने के लिए किसी भी माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। यह प्रकरण का विवरण मेरे प्रकरण में प्रकाशित करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता को जारी रखने के लिए है। यह सहायता प्रदान करने का हक्क नहीं है। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा प्रकाशित करने के लिए अधिकृत और अधिकृत करने के लिए।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्हक के हस्ताक्षर या अंगुली का निम्न

[Signature]

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा करार)

- 1) 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.

- 1) यह कि मैं को अर्हक और न ही भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने के लिए या न हो, बल्कि कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता प्राप्त करने के लिए मांग किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जाती है, तो हमारे पास कोई भी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने का अधिकार नहीं है। इस प्रकरण में हमारे पास कोई भी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने का अधिकार नहीं है।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्रदान की जाती है, वह केवल वित्तीय सहायता है। रोगी का उपचार और नतीजा केवल रोगी और हॉस्पिटल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान करने का कोई भी प्रभाव नहीं है। इसलिए हॉस्पिटल में रोगी के उपचार का निर्णय और नतीजा केवल रोगी और हॉस्पिटल के बीच का निर्णय है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख	Dr. Ashwini Kumar MRBS MS FICO Reg. No. 66028 (Name of Dr. & Regn. No. With Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका के साथ	Signature, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital नाम व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
11/12/19		

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अर्हक के लिए)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नाम लिखें।	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नाम लिखें।
<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>