

C18/12/0195

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building Block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

V/1218/0903

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

10/12/018

NAME of APPLICANT :

आवेदन का नाम

Shyam Vati

AGE-YEARS अनु-वर्ष

SEX लिंग

69

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

S/o - Chetram

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Vill - Arnam, Po - Baldeh

Distt - Mathura, UP, 281301

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION :

व्यवसाय

Housewife

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

NA

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न) NA

PAN No. पत्र संख्या संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं? (जो सत्य हो उस पर 'हाँ' का चिह्न लगाएं)

Yes / No

हाँ / 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 आवेदन के साथ संबंध
1	Shamman	Life	M	Husband
2	Malkhan	44	M	Son
3	Prem Singh	40	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये निर्दिष्ट आधार

EPL Card (Attach Card Copy) एप्लो कार्ड के कॉपी प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एयस एचएस कॉपी प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) रेशन कार्ड का कॉपी (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे करने निम्नलिखित का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रीस्क्रिप्शन सूची संलग्न
	RE - TMC
	LE - TMC
	Surgery - (LE) SICS + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल गई है?

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



Preep Postop

(0903)Shyam Vati

DECLARATION by APPLICANT: ☐ सत्य है ☐ असत्य है

- 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 पर कबल ई कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण गलत अथवा असत्य पाया जाता है तो मेरी भागीदारी निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को गारंटी करता हूँ कि "कौशिका फाउण्डेशन", से जो भी राशि है, उसका प्रयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में कहा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कबल ई कि जिस सहायता हेतु मैं यहाँ पर प्रार्थना कर रहा हूँ, उस राशि का कौशिका या कबल किसी किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही लिये जा सकेगा।

AGREEMENT by APPLICANT (SEEKING DE WFO)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 3) इस तरह से अपनी हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) स्वयं स्वीकृति को पूर्ण करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पते और वे विवरण इस तरह से प्रकाशित करें, उसे "कोशिका" नाम, पता, चरित्र/चरित्र द्वारा प्रचारित के कुछ परिधि/परिधि और प्रसिद्धि/प्रसिद्धि से निरंतर विचारों को प्राप्त करना के लिए अधिकृत है। वे इस का विवरण को प्रचारित को पहले से कर से करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, पते और विवरण को कि सहायता के अर्थ/परिधि से प्रकाशित है पूर्ण करता, फाउंडेशन का इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" नाम, पते, पते और विवरण का निर्णय अधिक और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

प्रमाणित

AGREEMENT by HOSPITAL: (एग्रीमेंट ऑफ हॉस्पिटल)

- By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this participant 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.
- हमारे अधिकृत, समस्तरी को और से प्राप्त/लेने को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को जारी है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि हम जो व्यक्ति और व हो व्यक्ति से वित्तीय सहायता किसी के समस्तरी संस्था या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करी-पानमें से नहीं या तो नही है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय/वित्तीय सहायता को मान्य व "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं मिली/प्राप्त हेतु प्राप्त नहीं किया जाता है तो हमसे प्राप्त किसी अन्य के समस्तरी संस्था या किसी अन्य समस्तरी से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। हम पूर्ण से स्पष्ट बना जाता है कि समस्तरी द्वारा प्राप्त सहायता/सहायता हेतु किसी के समस्तरी संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं प्राप्त/लेने।
 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से सी-गै सहायता केवल वित्तीय प्रकृति को है। हमें या हमसे प्राप्त द्वारा सी-गै सहायता या किसी से सहायता/प्रक्रिया का चुनाव हमें पूर्ण सहायता से स्वयं का किया है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसीलिए हमसे प्राप्त से हमें से प्राप्त सुरक्षा और हमें होने को सारे सिफारिश को जारी और "कोशिका" को कोई सुरक्षा या जिम्मेदारी प्राप्त करने में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

कभीकाली को लिए संभलति

Dr. Ashwini Kumar

MBBS, MS, FICO

Reg. No. 66028

Tetra.

(Name of Dr. & Regn. No. 1000 Stamp)

हमारा का समय है हमारे लिए है १११, २

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

समूह व 'वृद्ध' शब्दों पर अधिकार अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

॥ श्री गणेशाय ॥

Erklärung

SIGNATURE of TRUSTEE 2

अथवा इत्यादि ३

list