

C10112/0215

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या :

11/12/0906

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

11/12/09

NAME of APPLICANT:

आवेदनकर्ता का नाम

Shanti

AGE-YEARS आयु-वर्ष

52

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पति का नाम

D/o - Badan Singh.

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवासस्थान पर

Village - Bathnau,

Dist - Mathura, U.P. 281204

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवासस्थान पर

Same as above.



Prep. Postop

(0906) Shanti

OCCUPATION:

व्यवसाय

House Wife

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

(Attach Proof of Income)
(आप का आय प्रमाण) NA

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

NA

PAN No. आई टैक्स संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं? (कौन सा चिह्न करें या नहीं का चिह्न लगाएं)

Yes / No

हैं / 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 आवेदनकर्ता के साथ संबंध
1	Badan Singh	60	M	Husband
2	Komal	32	F	Daughter
3	Omkar	30	M	Son
4	Satish	24	M	Son
5	Vijay	21	M	Son

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

BPL Card (Attach Card Copy) बीपीसी कार्ड के प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में जोड़ना पड़ेगा)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एयस सीरटिफिकेट का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में जोड़ना पड़ेगा)	Ration Card (Attach Copy) रेशन कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में जोड़ना पड़ेगा)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई आधार
---	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु दिने गए उद्देश्यों का उद्देश्य:Medical Reports/Prescriptions Attached
आयुर्वेद/चिकित्सक से जारी की गई प्रीस्क्रिप्शन चुकी संलग्न

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुकी है?

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

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक 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, if any, 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.
- 4) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं प्रमाणित होता है तो मेरी प्रार्थना निरास की जा सकती है।
- 5) मैं इस बात को स्वीकार करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", मेरी मदद करेगी, जो कि मेरी मदद के लिए है, जो कि मेरी मदद के लिए है।
- 6) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस प्रपत्र के माध्यम से किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ही मदद ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा सहमति)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/put-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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 3) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या ओंठ की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की 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 प्रकाशित करें, उसे "कोशिका" दस्तावेज़, पत्र, पत्रिकाएं, पुस्तकें, अखबारों में मुझे उपलब्धि और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार का प्रचार करने में मदद करेंगे।
- 4) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि प्रचार के माध्यम से प्रकाशित किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:
आवेदक की हस्ताक्षर या बाएं ओंठ की छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (स्पष्टता 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.
- इससे अधिकतर, हमारे पास की ओर से आगे बढ़ने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार से किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी, जो कि हमारे पास से प्राप्त होगी, जो कि हमारे पास से प्राप्त होगी, जो कि हमारे पास से प्राप्त होगी।
 - 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से केवल वित्तीय सहायता ही है। हमारे पास से प्राप्त होगी, जो कि हमारे पास से प्राप्त होगी, जो कि हमारे पास से प्राप्त होगी, जो कि हमारे पास से प्राप्त होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति
Dr. Ashwini Kumar
MBBS MS FICO
Reg. No. 66028
Time _____
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
हस्ताक्षर का पत्र व हस्ताक्षर व छाप

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)
हस्ताक्षर का पत्र व हस्ताक्षर व छाप



Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख
12/12/2018

FOR INTERNAL USE of KOSHKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग के लिए)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 (आवेदक द्वारा)	SIGNATURE of TRUSTEE 2 (आवेदक द्वारा)