

C18/12/0222

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No. :
आवेदन संख्या :

V/1218/0907

APPLICATION DATE :
आवेदन तिथि

11/12/018

NAME of APPLICANT :
आवेदक का नाम

Rama

AGE-YEARS आयु वर्ष

78

SEX लिंग

F

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

D/o - Dattav Singh



Pratap Pratap

(0907) Rama

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता

Vill - Suran, Dargah, Juxta + Mathura, U.P, 281204

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION :
व्यवसाय

House wife

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :
कुल वार्षिक आय

NA

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न) NA

PAN No. : स्थायी आय संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो वाक्य हो उस पर सही का चिह्न 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	Badan Singh	late	M	Husband
2				

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए निम्न आधार

SPL Card (Attach Card Copy) परीनी रिकॉर्ड के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कतई प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कतई प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की कतई प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

सहायता हेतु किसे मदद किसी का उद्देश्य

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रीस्क्रिप्शन सूची संलग्न
	RE - MAS
	LE - PP
	Surgery - (RE) Sick + TOL

ASSISTANCE BEING AWAIRED 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 AWAIRED कितनी मदद सहायता मिली
1.	SECH	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक 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.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं बताया गया है तो मेरी संशयित निष्ठा की जा सकती है।
- 2) मैं इससे घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग इस प्रपत्र में उल्लिखित उद्देश्य के लिए किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में मांग किया गया है।
- 3) मैं यही घोषणा करता हूँ कि मैं किसी सहायक हेतु या प्रयोजन की मदद नहीं करूँगा, इस मदद का अधिकतम या कमसे कम विवरण किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से या तो लिया है और या ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा करार)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise 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.

1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली का छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में उल्लिखित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा यादृच्छिक रूप, माध्यम या दूरदर्शन से चुनी गयी किसी भी माध्यम के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रपत्र पर विवरण को प्रसारित करने का यह अधिकार मेरे द्वारा मांगे गए "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त अधिकृत है।

2) मैं (आवेदनक) इससे करार करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी सहायक हेतु या प्रयोजन के लिए नहीं प्रसारित किया जाएगा। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उचित निर्णयों का निर्णय अधिकतम और कमसे कम होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगुली का छाप।



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

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 this matter.

हमने अधिकृत, हस्ताक्षर की और से हमारे/हमारे को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रपत्र में मान्यता प्रदान करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी के समानांतर सहायता या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त होगी या तो नहीं है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/निष्ठा प्राप्त की जायदाद में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकतम/कम हेतु प्राप्त नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से समानांतर सहायता या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखा है। इस प्रपत्र में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल पूर्णतः मात्र उस रोगी/रोगी हेतु किसी के समानांतर सहायता या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्रदान की जाती है, उसे या हस्पताल द्वारा ही या सहायता के बिना या किसी अन्य सहायता/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के हस्तगत प्रदान की जाने वाली सभी सहायता को रोगी और "कोशिका" को कोई प्रतिकार या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए प्रेरणित

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 12/12/18	Dr. Ashwini Kumar MBBS, MS, FICO Reg. No. 66028 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्पताल का नाम व हस्ताक्षर के लिए नं.	(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) जब न या हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आंतरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोदार 1 का हस्ताक्षर <i>[Signature]</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोदार 2 का हस्ताक्षर <i>[Signature]</i>
---	---