

11/12/2018

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building trust of life

APPLICATION No / आवेदन संख्या : 11/12/2018

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : 11/12/2018

NAME of APPLICANT / आवेदन का नाम : Dyal Singh

AGE-YEARS आयु-वर्ष : 60
SEX लिंग : M

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



Preop Postop

(0917) Dyal Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता

Khusipur, Munagan

Dist. Hathras, U.P. 204213

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION / व्यवसाय : Labour

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक आय : NA

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

PAN No. / PAN संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / क्या आप आय कर दाता हैं (को यहाँ से एक या सभी का चिह्न लगाएं)

Yes / No हाँ / नहीं ✓

FAMILY DETAILS / परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदन के साथ सम्बन्ध
1	Usha	53	F	Wife
2	Ajit	24	M	Son
3	Susmita	21	M	1 Son

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

BPL Card (Attach Card Copy) / सीपी रेखा के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) / वृषपोषण कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof / अन्य कोई साधन
---	---	--	---------------------------------------

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन/पुष्टि संलग्न
	RE - TMT
	LE - H.M.S.C
	Surgery - (LE) SICS + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED 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 AVAILED / की गई सहायता राशि
1	SCEM	

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शिका द्वारा भरेगा)

- 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 बताना हूँ कि इस प्रस्ताव में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं प्रमाणित पाया जाता है तो मेरी प्रस्ताव निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस प्रस्ताव में सहायता यदि "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उल्लेख की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रस्ताव में सत्य है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं किसी भी अन्य स्रोत से इस प्रस्ताव की राशि, इस रोग के चिकित्सा या उपचार के लिये अन्य प्रोडिक्ट/सेवा/बीमा कम्पनी से न ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शिका द्वारा भरा)

- 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.
- 1) इस प्रस्ताव पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शिका) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रस्ताव में उल्लेख हैं, उसे "कोशिका" द्वारा यादवी, दान, सहायता के लिये उपयोग से मुझे प्रोत्साहित करने के लिये किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मेरी इसका विवरण को प्रकाशित करने या मेरे नाम के लिये "कोशिका फाउंडेशन" में यादवी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शिका) इस पर भी सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उपलब्ध होने के लिये प्रयोग किया जायेगा, सहायता का उपचार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा यादवी अधिकृत का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

अर्शिका के हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप

दयालसिंह

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा भरें)

- 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की जाय से सम्बंधित को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार्य करते हैं।

- 1) यह कि न तो हमारा और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोग के लिये या से नहीं है, जब कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/प्रक्रिया प्राप्त की सहायता में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकृत/निकाश हेतु सहायता नहीं किया जाता है तो हमारा सहायता किसी अन्य स्रोत से सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट बताना है कि सहायता वित्तीय सहायता के लिये प्रस्तावित है और किसी अन्य सहायता से नहीं सम्बंधित है।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का उपचार इस पर भी प्रभाव नहीं पड़ेगा कि वह उपचार/प्रक्रिया का चुनाव लेगी एवं हस्पताल को रोग का निवारण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोग के उपचार सुरक्षा और जाय को सभी निर्णय लेने को लगे और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिये संस्तुति

Dr. Ashwani Kumar
MBBS, MS, FICO
Reg. No. 60026
Time

(Name of Dr. & Reg. No. with Stamp)
डाक्टर का नाम व इलाका व संकेत नं.

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)
रोग व रोगी हस्पताल अधिकृत अधिकारी



FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अर्शिका उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
ज्योती हस्ताक्षर 1

Safarpur

SIGNATURE of TRUSTEE 2
ज्योती हस्ताक्षर 2

Signature