

C18/12/0230

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Preop Postop

(0923) Balveer Singh

APPLICATION No. : आवेदन संख्या : **V/1218/0923** APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : **12/12/018**

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम : **Balveer Singh** AGE-YEARS आयु-वर्ष : **66** SEX लिंग : **M**

FATHER/SPOUSE'S NAME : पिता/पत्नी का नाम : **S/O Beni Singh**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवासी पता : **Umrao, Dharampur**

DIST : **Kalaundera, U.P-202393**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवासी पता : **Same as above**

OCCUPATION : व्यवसाय : **Farmers** MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) : /

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय : **2150/-** (Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें) : **NA**

PAN No. : आयकर पहचान संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) (आय कर दाता हैं या नहीं) (जो लागू हो उसे चिह्नित करें) : 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 आवेदक के साथ संबंध
1.	Neeta	60	F	Wife
2.	Buddhason	38	M	Son
3.	Hanpal	35	M	Son
4.	Suman Prakash	33	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) (सहायता के लिए निम्न कारण)			
BPL Card (Attach Card Copy) (गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें))	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) (आय 100 से कम पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें))	Ration Card (Attach Copy) (आवधिकार कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें))	Any Other Basis/Proof (अन्य कोई प्रमाण)

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: (सहायता हेतु निम्न उद्देश्य का उद्देश्य):

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached (अपवाद/पत्रिका के साथ की गई चिकित्सा सुची संलग्न)
	RE - TMAC
	LE - TMAC
	Surgery - (LE) SICS + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES (इस उद्देश्य के 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 (की गई सहायता राशि)
1.	SCEH	

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा किया गया)

- 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 voidable by rescission/cancellation.
- 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.
- 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.
- मैं यकीन करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं अथवा सत्य नहीं है तो मेरी प्रार्थना विरत की जा सकती है।
- मैं यकीन करता हूँ कि यदि मुझे "कोशिका फाउण्डेशन" से सहायता मिलती है, तो मैं उसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही प्रयोग करूँगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- मैं यकीन करता हूँ कि मैं किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न तो भुगतान ले रहा हूँ और न ही भविष्य में ऐसा करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा किया गया)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post/put/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.
- (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.
- इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) यकीन करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउण्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अपने नाम, पता, फोटो और उद्देश्य के विवरण इस प्रपत्र में प्रेषित करूँगा, जहाँ "कोशिका" इन सभी विवरणों से मुझे प्रचारित करने और जानकारी के लिए प्रचारित करने में सक्षम होगी। मैं यकीन करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउण्डेशन" से सहायता लेने का उद्देश्य केवल मुझे ही है।
- मैं (अर्शक) इस प्रपत्र में यकीन करता हूँ कि मैं नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न तो भुगतान ले रहा हूँ और न ही भविष्य में ऐसा करूँगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा किया गया)

By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/assistant for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

- 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.
- 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.

इसके अधीन, हमारे प्राधिकृत हस्ताक्षरकर्ता के "कोशिका फाउण्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं:

- हम यकीन करते हैं कि हम वर्तमान में और भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से वित्तीय सहायता लेने का उद्देश्य केवल मुझे ही है। यदि "कोशिका फाउण्डेशन" से सहायता नहीं मिलती है, तो हमें अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रपत्र में स्पष्ट कहा गया है कि "कोशिका फाउण्डेशन" से सहायता लेने का उद्देश्य केवल मुझे ही है।
- "कोशिका फाउण्डेशन" से सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज प्रपत्र पर ही आधारित है और "कोशिका फाउण्डेशन" का कोई भी भूमिका नहीं है। अतः हस्पताल को रोगी के इलाज के लिए पूर्ण ज़िम्मेदारी और सुरक्षा देनी होगी।

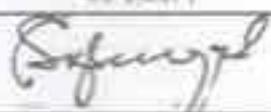
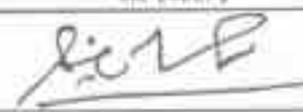
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए प्रस्तावित

Date of Surgery अर्शक की तारीख 13/12/018	DR. Ashwini Kumar MBBS MS FICO Reg. No. 66028 Time _____ (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाज का पता	(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधीन अधिकाारी
--	--	---



FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अर्शक द्वारा किया गया)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2 
---	--