

C/10/10/0456

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building blocks of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

V/1210/0924

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

12/12/10

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Omveer

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

65

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कन्या का नाम

S/O Poozon

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Yamuna pur, Nagla Kalhu

Dist - Mathura, U.P. 281001

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

Same as above



Preop Postop

(0924) Omveer

OCCUPATION :

व्यवसाय

Labourer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

NA

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

NA

PAN No. स्पष्ट खाली रखें

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू 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 सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से संबंध
1.	Rajwari	Late	F	Wife
2.	Hemlata	38	F	Daughter
3.	Kirti	35	F	Daughter
4.	Hem Singh	30	M	Son
5.	Mona Devi	27	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए निम्न कारण

BPL Card (Attach Card Copy) संश्लेषण कार्ड के कॉपी प्रस्तुत करें (प्रमाण पत्र की कतई प्रतिलिपि नहीं)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कतई प्रतिलिपि नहीं)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की कतई प्रतिलिपि नहीं)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई संकेत
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

सहायता हेतु निम्न एक किन्हीं का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रीस्क्रिप्शन सूची संलग्न
	RE - TMDAC
	LE - RP
	Surgery - RE SCS + T&L

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किन्हीं अन्य स्रोतों से प्राप्त भई है?

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदन दान करनेवाला:

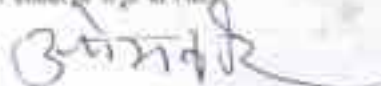
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", 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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही/सत्यकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य/सत्यकारी अवसर प्राप्त होता है तो उसे प्राप्त करने की कोशिश होगी।
- 2) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", जो मेरी कोशिश है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में माँगा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं इस सहायता हेतु यह प्रपत्र नहीं भेजूँगा, इस सहायता का उपयोग किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस कंपनी से न हो सके और न ही भविष्य में सँभूत।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन दान करनेवाला)

- 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 अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में प्रेषित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा अपनी, पत्र, पत्रिकाएँ, पुस्तकें, रेडियो से चुनी गई विज्ञापनों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। वे प्रपत्र का विवरण को प्रसारण के पक्षों या पक्षों के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से अपनी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना अनुमति के प्रसारित है। मुझे पता: सहायता का प्रदान नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा अपने भरोसे का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदन करने वाले का हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान


AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा बताना)

- By affixing hereunder, signature of our Authorised 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.
- हमने यहाँ पर, हमारी स्वीकृति के लिए, हमारे द्वारा सिफारिश की गई इस मामले/रोगी के लिए वित्तीय सहायता के लिए हमारे द्वारा सिफारिश की गई है, कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि हम न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी अन्य स्रोत से किसी अन्य रोगी के लिए माँगा करेंगे, जो हमें "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए माँगा है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अपने स्रोत से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस प्रपत्र में माँगा गया है कि हमें सहायता प्रदान करने का अधिकार सुरक्षित रखता है।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से माँगा गया सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का उपचार इस रोगी के हितों के अनुसार होना चाहिए और न ही "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान करने का कोई दबाव पड़ेगा। इसलिए हमें रोगी के हितों के अनुसार उपचार और अन्य बातों को ध्यान में रखना होगा और "कोशिका" को कोई भी दबाव या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

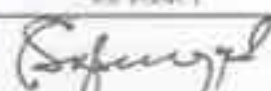
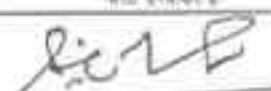
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए सिफारिश

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 13/12/018	Dr. Ashwini Kumar MBBS MS FICO Reg. No. 66325 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हॉस्पिटल अधिकृत अधिकारी
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामों हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामों हस्ताक्षर 2 
--	---