

C18/12/0317

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या: V/1218/0926	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि 14/12/18		
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम Balvir Singh	AGE-YEARS आयु-वर्ष 64	SEX लिंग	M
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/पत्नी का नाम Mahamam Singh			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: बांहर आवासीय पता Mahamam laoshi, Akka Bangah		PHOTO PHOTO	
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता Distt 2 Mathura, D.P. 281301		Pratap Pratap	
Inmate as above.		(0926) Balvir Singh	
OCCUPATION / व्यवसाय Farmer	MARRIED (विवाहित) : UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय 1850/-	(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें) NA		
PAN No. दाईं बायां पंक्ति			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय का दाता हैं (को चयन करें जो लागू हो या नहीं 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
1			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) आवेदन के लिए निम्नलिखित आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) राश्वरी कार्ड का नक्का प्रमाण पत्र (आवेदन पत्र के साथ प्रमाण प्रस्तुत करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आयु वर्ग आधारित प्रमाण पत्र (आवेदन पत्र के साथ प्रमाण प्रस्तुत करें)	Ration Card (Attach Copy) आवश्यकता कार्ड (आवेदन पत्र के साथ प्रमाण प्रस्तुत करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: आवेदन हेतु किसे करने की आवश्यकता है:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न		
	RE - IMAC		
	LE - IMAC		
	Surgery - (16) Sick + IOL		
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के लिए 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 कितनी राशि सहायता मिली है?	
1	SCCH		

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा:

- 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.
- 4) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रमाण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य बताने में असमर्थ पाया जाता है तो मेरी सहायता निम्न की जा सकती है।
- 5) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो मदद मिलेगी, उसे केवल उद्देश्य के पूर्ण करने के लिए ही उपयोग किया जाएगा, जो इस प्रमाण में बताया गया है।
- 6) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो रिफंड लेऊंगा और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक 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/print-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 प्रमाण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपने सहयोगियों को सूचित करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसेमंद" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रमाण में घोषित हैं, इसे "कोशिका" द्वारा मुद्रित, प्रकाशित, प्रसारित, प्रसारित करने के लिए उपयोग किया जा सकता है, जिससे कोशिका फाउंडेशन को धन प्राप्त करने में मदद मिलेगी।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी प्रकार के प्रतिफल के प्रसारित करने के लिए उपयोग किया जा सकता है। इस प्रमाण पर हस्ताक्षर करने के बाद, कोशिका फाउंडेशन को मेरी मदद करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से मदद मिलेगी।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदनक का हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप

वसुधैव कुटुम्बकम्

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल 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 अधिकृत, हमारे पास है और हम भविष्य में भी "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु निवेदन नहीं करेंगे, बल्कि हम (हॉस्पिटल) ऐसा प्रमाण देने के लिए सहमत हैं।

- 1) यह कि हम न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिए अनुरोध करेंगे, जो कि हम "कोशिका फाउंडेशन" से निवेदन/प्रार्थना करने के लिए अनुरोध कर रहे हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" हमें सहायता नहीं देता है, तो हम (हॉस्पिटल) को सहायता प्राप्त करने के लिए अन्य स्रोतों से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रमाण पर हस्ताक्षर करने के बाद, कोशिका फाउंडेशन को मेरी मदद करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से मदद मिलेगी।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो मदद मिलेगी, वह केवल वित्तीय प्रकृति की होगी। हमारे पास है और हम भविष्य में भी "कोशिका फाउंडेशन" से मदद लेने के लिए अनुरोध करेंगे, जो कि हम "कोशिका फाउंडेशन" से निवेदन/प्रार्थना करने के लिए अनुरोध कर रहे हैं। हमारे पास है और हम भविष्य में भी "कोशिका फाउंडेशन" से मदद लेने के लिए अनुरोध करेंगे, जो कि हम "कोशिका फाउंडेशन" से निवेदन/प्रार्थना करने के लिए अनुरोध कर रहे हैं।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery ऑपरेशन की तिथि	Dr. Ashwini Kumar
	MBBS MS FICO Reg. No. 66028 Time _____ Date _____ (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व इलाका नं. त्रि. ३

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)
सम. व. प्र. हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी



FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2