

C18/12/0304

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रकल्प

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building Block of life

APPLICATION No.

आवेदन संख्या :

V/1218/0927

APPLICATION DATE

आवेदन तिथि

17/12/18

NAME of APPLICANT

आवेदक का नाम

Bhanu Devi

AGE-YEARS

वर्ष-वर्ष

75

SEX

F

FATHER/SPOUSE'S NAME

पिता/पति का नाम

D/- Balla

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

वर्तमान निवास पता

Vill - Madain, Teh - Mahavan

Distt - Mathura, U.P. 281204

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS

स्थायी निवास 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. (यदि प्राप्त हो)

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

क्या आप आय कर दाता हैं (को सत्य हो उस पर तिकी 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 के साथ सम्बन्ध
1	Mangal Singh	late	M	Husband
2	Langal	43	M	Son
3	Hari Pratap	40	M	Son
4	Prateek	32	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए जिसकी आधार

BPL Card
(Attach Card Copy)गरीबी रेशा के नीचे आया या
(आय पर भी जांच की संलग्न करें)EWS Certificate
(Attach Certificate Copy)आय आय को प्रमाण पत्र
(आय पर भी जांच की संलग्न करें)Ration Card
(Attach Copy)उपभोग्य कार्ड
(आय पर भी जांच की संलग्न करें)

Any Other

Basis/Proof

अन्य कोई साक्ष्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे यह निशुल्क का उद्देश्य:

Sr. No.

क्रम संख्या

Medical Reports/Prescriptions Attached

अनुसंधान/दवाखाने में जाते की गई प्रमाणित सूची संलग्न

RE - TMC

LE - P.P.

Surgery - RE G.C. + I.C.

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल रहा है?

Sr. No.

क्रम संख्या

NAME of OTHER SOURCE

अन्य स्रोत का नाम

AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED

ले गई सहायता राशि

1

SCCH

DECLARATION by APPLICANT: (अर्पक द्वारा योग्यता)

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो उसे सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात की घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में प्राप्त किया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता से किसी भी अन्य स्रोत से वापस मिलने वाली राशि के लिए किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न तो रिफंड ले रहा हूँ और न ही भविष्य में ऐसा करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पक द्वारा सहमत)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print/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 का निशान देकर, मैं (अर्पक) यहाँ सहमत करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में उल्लिखित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा या किसी अन्य माध्यम से, वाचल, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, आदि माध्यमों से इकट्ठा करने के लिए या कोशिका फाउंडेशन और/या इसके गतिविधियों/सफलताओं के बारे में जानकारी फैलाने के लिए उपयोग कर सकते हैं।

2) मैं (अर्पक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण के किसी भी अन्य उपयोग से मेरी सहायता के लिए कोई भी अधिकार प्राप्त नहीं होगा। सहायता देने या न देने का फैसला केवल "कोशिका" के ट्रस्टी कर सकते हैं और उनका फैसला अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

अर्पक की हस्ताक्षर या बाएँ अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा सहमत)

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.

हम यहाँ घोषणा करते हैं कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं:

1) यह कि हम न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए किसी भी अन्य स्रोत से सहायता मांग रहे हैं, जैसे कि हम "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए मांग रहे हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें सहायता के अभाव में सहायता मांगने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा में स्पष्ट किया गया है कि हम "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए मांग रहे हैं।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्राप्त की जाएगी, वह केवल वित्तीय सहायता होगी। रोगी का उपचार और उपचार के चयन का निर्णय रोगी और "कोशिका फाउंडेशन" के बीच है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता के लिए कोई भी अधिकार प्राप्त नहीं होता है। इसलिए हस्पताल को रोगी के उपचार के लिए पूर्ण ज़िम्मेदारी और सुरक्षा का उत्तरदायित्व होगा और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery उपचार की तारीख	Dr. Ashwini Kumar
	MSBS, MB, FICO Reg. No. 66028 Time _____ Date _____ (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व पंजीकरण नंबर के साथ

18/12/18

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
अपने वर हस्पताल अधिकृत अधिकारी



FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अन्तर्गत उपयोग के लिए)

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नम्बर 1 हस्ताक्षर

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नम्बर 2 हस्ताक्षर

[Signature]