

C18/12/0307

Koshika
foundation

Building blocks of life



Before After

(0932) Murti Devi

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No. / आवेदन संख्या : V/1218/0932 APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : 17/12/18

NAME of APPLICANT / आवेदन का नाम : Murti Devi AGE-YEARS आयु-वर्ष : 65 SEX लिंग : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/पति का नाम : D/o - Lakshmi chand

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता

V.M - Tirwara, Po - Kaya

Distt - Mathura, U.P. 281204

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय 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 (जो-बाय जो इस पर सही का चिह्न लगाएं)

Yes / No हाँ / नहीं ✓

FAMILY DETAILS / परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध
1	Kashan Lal	75	M	Husband
2	Bhuvan Singh	41	M	Son
3	Sanjay	33	M	Son

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

EPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE
सहायता हेतु किये गये निम्न का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न
	RE - P.P.
	LE - IMAC
	Surgery - (LE) Sics + Pol

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से लिया गया हो?

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदन दान शीर्षक पर:

- 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 suspension/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 is requested for the.
- 3) I hereby confirm that I have not & will not in future, seek or reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the aid for which this assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस आवेदन में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा विवरण एवं झूठा प्रमाण प्राप्त होता है तो मेरी सहायता स्थगित की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "बोसिक फाउंडेशन", से जो सहायता है, उसका उपयोग मैं केवल आवेदन में दिये गये उद्देश्य के लिए ही करूँगा, जो इस आवेदन में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता से पूर्ण या आंशिक रूप से नहीं हूँ, या फिर किसी भी प्रकार का फायदा बिना किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से नहीं ले रहा हूँ और मैं भी भविष्य में नहीं हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन दान पर):

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post/advertise 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 आवेदन पर मेरी हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर मैं (आवेदक) यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं "बोसिक फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे उद्देश्य का विवरण इस आवेदन में शामिल है, जो "बोसिक" द्वारा प्रकाशित, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक या अन्य माध्यमों के माध्यम से लोगों को जानकारी देने के लिए किया जा सकता है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी प्रकार की प्रतिपूर्ति के प्रकाशित करने के लिए "बोसिक फाउंडेशन" को अधिकृत है।
- 3) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी प्रकार की प्रतिपूर्ति के प्रकाशित करने के लिए "बोसिक फाउंडेशन" को अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदन के आवेदनकर्ता का हस्ताक्षर या मुद्रा


AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल दान पर):

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.

हम (हॉस्पिटल) यहाँ घोषणा करते हैं कि हम "बोसिक फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता से पूर्ण या आंशिक रूप से नहीं हूँ, या फिर किसी भी प्रकार का फायदा बिना किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से नहीं ले रहा हूँ और मैं भी भविष्य में नहीं हूँ।

- 1) यह कि मैं या मेरा हॉस्पिटल और मैं ही भविष्य में वित्तीय सहायता बिना किसी भी प्रकार की प्रतिपूर्ति के प्रकाशित करने के लिए "बोसिक फाउंडेशन" से सहायता नहीं ले रहा हूँ, या फिर किसी भी प्रकार का फायदा बिना किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से नहीं ले रहा हूँ।
- 2) "बोसिक फाउंडेशन" से प्राप्त की गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर उपचार का चुनाव और प्रक्रिया का चयन रोगी और हॉस्पिटल के बीच है, जो "बोसिक फाउंडेशन" से प्रभावित नहीं है।

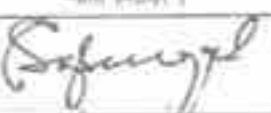
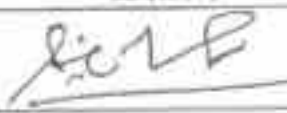
3. "बोसिक फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्रदान की जाती है, वह केवल वित्तीय सहायता है। रोगी पर उपचार का चुनाव और प्रक्रिया का चयन रोगी और हॉस्पिटल के बीच है, जो "बोसिक फाउंडेशन" से प्रभावित नहीं है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

अधिकृत हस्ताक्षर के लिए

Date of Surgery आवृत्ति की तिथि 16/12/18	Dr. Ashwini Kumar MBBS MS FICO Reg. No. 60028 Time _____ Date _____ (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हॉस्पिटल का नाम व हस्ताक्षर व मुद्रा	 (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	---	---

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग के लिए):**

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामो हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामो हस्ताक्षर 2 
---	--