

C18/12/0320

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building Block of life

APPLICATION No.

आवेदन संख्या :

V/1218/0934

APPLICATION DATE

आवेदन तिथि

17/12/2018

NAME of APPLICANT

आवेदक का नाम

Rajvati

AGE-YEARS आयु-वर्ष

74

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME

पिता/पति का नाम

D/o - Rajib Choudhary

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Bharan Garh, Byehai

Distt - Mathura, U.P. 281308

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

Same as above.



Preop Postop

(0934) Rajvati

OCCUPATION :

व्यवसाय

House wife

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

NA

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न)

NA

PAN No. स्पष्ट छाया संलग्न

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो सत्य 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 सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से संबंध
1	Devi Ram	late	M	Husband
2	Sun Ram	43	M	Son
3	Lakshmi	40	M	Son
4	Bachhi	38	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए निम्न विकल्प

BPL Card (Attach Card Copy) सही रिकॉर्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य आय की प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे मने किसी का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

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

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा घोषणा करें)

- 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 प्रकार के निवेदन में सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य बनाने के लिए गलत जानकारी दी गई होगी तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 5) मैं इस बात की गंभीरता से समझता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", मेरी मदद के लिए है, उसका उपयोग इस उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकार में बताया गया है।
- 6) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता से किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो रिफंड ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा सहमत)

- 1) By affixing my signature or thumb impression in this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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.
- 3) इस प्रकार मैं अपने हस्ताक्षर या अंगुली के छाप लगाकर, मैं (अर्शक) कोशिका फाउंडेशन को यह अधिकार देता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार में प्रकाशित करें, जो "कोशिका" द्वारा प्रेषित, प्रिंट, या अन्य माध्यमों के माध्यम से दूर की व्यक्तिगत और सार्वजनिक रूप से प्रकाशित करने के लिए उपयोग किया जा सकता है।
- 4) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी शर्त के प्रकाशित करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के अधिकार हैं।
- 5) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी शर्त के प्रकाशित करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के अधिकार हैं।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगुली का छाप

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमत)

- 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) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं:

- 1) यह कि मैं या मेरा हॉस्पिटल और मैं ही भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता नहीं ले सकेंगे, जो कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए अनुरोध किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की गई सहायता पूर्ण नहीं है, तो हमें अपने शेष आवश्यकताओं को पूरा करने के लिए अन्य स्रोतों से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त की गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी के उपचार के लिए चयनित प्रक्रिया का चयन रोगी और हॉस्पिटल के बीच होता है और इसका कोई भी प्रभाव "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की गई सहायता से नहीं होता है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

अनुमोदित करने वाले हॉस्पिटल के अधिकारी

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

Dr. Ashwini Kumar

MBBS MS FICO

Reg. No. 66028

Time

Date

Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप

(Name, Designation & Stamp of
on behalf of Hospital)

नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

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

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नाम 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नाम 2