

C18/12/0296

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		APPLICATION No. 14		
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare)		
APPLICATION No. 14		APPLICATION DATE:		
आवेदन संख्या: 14/12/0935		आवेदन तिथि: 17/12/18		
NAME of APPLICANT		AGE-YEARS	SEX	
आवेदक का नाम: Rampyasti Devi		05	F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME:				
पिता/सहोदर का नाम: D/o - Suraj Pal				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवास का पता				
Gahpan, Teh- Sadabad				
Distt - Mathura, U.P. 281307				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवास का पता				
Same as above				
OCCUPATION:		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
व्यवसाय: House wife		NA		
TOTAL ANNUAL INCOME:		(Attach Proof of Income)		
कुल वार्षिक आय: NA		(आय का साक्ष्य संलग्न): NA		
PAN No. (यदि प्राप्त हो):				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):				
आप आय करदाता हैं (जो लागू हो उस पर टिक करें):				
Yes / No				
हाँ / नहीं ✓				
FAMILY DETAILS: परिवार विवरण				
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant
1.	Bhagwan Singh	40	M	Husband
2.	Bachchan Singh	49	M	Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)				
सहायता के लिए किसी आधार:				
BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof	
गरीबी रैकड के साथ प्रमाण पत्र	आय आय वर्ग प्रमाण पत्र	उपभोग्य कार्ड	अन्य कोई साक्ष्य	
(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:				
सहायता हेतु किसे करने किसी का उद्देश्य:				
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached			
क्रम संख्या	रिपोर्ट/प्रीस्क्रिप्शन से जोड़ी की गई प्रमाणित सूची संलग्न			
	RE - TMAS			
	LE - TMAS			
	Surgery - (RE) Sica + Tel			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES				
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गए हैं:				
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED		
क्रम संख्या	अन्य स्रोत का नाम	जो गई सहायता राशि		
1.	SCCH			



Preeth Postop

(0935) Rampyasti Devi

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.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई कथित एवं कथन असत्य पाया जाता है तो पूरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात की गारंटी करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि इस सहायता हेतु मैं भविष्य में भी, इस मदद का अधिकतम या समस्त हिस्सा किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से नहीं लियेगा और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा करण)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/republish/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 will be final and acceptable to me.
- 1) इस फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी जानकारी को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस फॉर्म में दी गई हैं, जो "कोशिका" द्वारा मुझे, मेरा, मेरा पता एवं मेरी जानकारी को किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। यह प्रकाशना अधिकार मेरे नाम के पते या घर से करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी भविष्य में मुझे मदद देने के लिए प्रकाशना का अधिकार नहीं होगा। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उक्त ट्रस्टी का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक के हस्ताक्षर या बाएं 엄指 का निशान

रामाचारी

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)

By affixing hereunder signature of our Authorized Signatory for recommending this coepatient 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, हस्ताक्षर की जायेगी हमारे प्राधिकृत हस्ताक्षर करने वाले को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं:
- 1) यह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी, जहाँ तक कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त होगी, जिसके लिए हमें "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु कहा गया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा प्रदान की गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की होगी।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्राप्त होगी, वह केवल वित्तीय प्रकृति की होगी। हमें इस सहायता के उपयोग के लिए पूर्ण जिम्मेदारता होगी और हमें इस सहायता का उपयोग करने के लिए पूर्ण अधिकार होगा और हमें इस सहायता का उपयोग करने के लिए पूर्ण जिम्मेदारता होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 18/12/18	Dr. Ashwini Kumar MBBS, MS, FICO Reg. No. 68028 Time Date (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) हस्ताक्षर के साथ नमूना मुद्रा	(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) हमारे पास हस्ताक्षर करने वाले अधिकारी
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अर्शक द्वारा करण)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामों हस्ताक्षर 1 <i>[Signature]</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामों हस्ताक्षर 2 <i>[Signature]</i>
---	---