

C18/12/0302

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation

Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

V/1218/0939

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

14/12/18

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Vimlesh Devi

AGE-YEARS आयु-वर्ष

60

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/सहोदर का नाम

O/o - Veesay Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Sangrampur, Teh-Khair

District - Aligarh, U.P. 201328

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

Same as above



Preop Postop

(0939) Vimlesh Devi

OCCUPATION :

व्यवसाय

House wife

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

NA

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

NA

PAN No. जारी करने वाला संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय का दाता हैं (को चयन करें जिस पर तिक चिह्न का स्थान 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	Vijay Singh	54	M	Husband
2	Ravindra	29	M	Son
3	Suman	24	M	Son
4	Harshendra	21	M	Son
5	Dipti	18	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए विनति आधार

BPL Card
(Attach Card Copy)

सहायता के लिए प्रमाण पत्र
(प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)

EWS Certificate
(Attach Certificate Copy)

आय आय वर्ग प्रमाण पत्र
(प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)

Ration Card
(Attach Copy)

उपभोग्य कार्ड
(प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)

Any Other
Basis/Proof

अन्य कोई साक्ष्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु विनति करने वाली का उद्देश्य

Sr. No.

क्रम संख्या

Medical Reports/Prescriptions Attached

अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न

RE - PP

LE - TMC

Surgery - (LE) SICK + TOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कहां अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली जा रही है?

Sr. No.

क्रम संख्या

NAME of OTHER SOURCE

अन्य स्रोत का नाम

AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED

कहां गई सहायता राशि

1

SCCH

DECLARATION by APPLICANT: आवेदन दान प्रार्थना पत्र:

- 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 प्रारण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा कथन एवं झूठा कथन प्रस्तुत किया जाता है तो मेरी प्रार्थना शिथिल की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को गंभीरतापूर्वक स्वीकार करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारण में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बिमा कंपनी से न ही मिल रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन दान प्रार्थना)

- 1) By affixing my signature or thumb impression in this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post-up/produce 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 it's 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 प्रारण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (आवेदनकर्ता) यहाँ सहमत हो रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके भरोदार" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारण में प्रकाशित करें, जो "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, मुद्रित, इलेक्ट्रॉनिक, या अन्य किसी भी माध्यम से किया जा सकता है, जो "कोशिका फाउंडेशन" को दान प्रार्थना के लिए जानकारी देने और/या इसके गतिविधियों/सफलताओं के बारे में जानकारी देने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रार्थना का विवरण भी प्रारण में प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रार्थना का विवरण भी प्रारण में प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदनकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउंडेशन" को प्रदान करने से मेरी प्रार्थना को जारी रखने के लिए कोई भी अधिकार नहीं है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनकर्ता का हस्ताक्षर या अंगूठा का छाप

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर दान प्रार्थना)

- 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 & it's 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 सत्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो हम (हस्पताल) न ही भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता प्राप्त करने का प्रयास करेंगे, जो कि हम "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए अनुरोध कर रहे हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की गई वित्तीय सहायता पूर्णतः न मिले, तो हम (हस्पताल) को अधिकार होगा कि हम वित्तीय सहायता को पूरा करने के लिए किसी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता प्राप्त करें।
 2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी वित्तीय सहायता प्राप्त होगी, वह केवल वित्तीय प्रकृति की होगी। हम (हस्पताल) द्वारा दी गई सलाह या चिकित्सा प्रक्रिया का चुनाव हमारे अपने चिकित्सकीय निर्णय पर होगा और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा वित्तीय सहायता का कोई प्रभाव नहीं होगा। हम (हस्पताल) को पूर्ण ज़िम्मेदारी होगी कि हम (हस्पताल) द्वारा दी गई सलाह या चिकित्सा प्रक्रिया का चुनाव हमारे अपने चिकित्सकीय निर्णय पर होगा और "कोशिका फाउंडेशन" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

18/12/18

Dr. Ashwini Kumar
MBBS, MS, FICO
Reg. No. 65028

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व संख्या व रजि. नं.

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory
on behalf of Hospital)
हमारे नाम पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
भरोदार संख्या 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
भरोदार संख्या 2

