

C19/05/0054

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

V/05/19/4131

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

6/5/19

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Lilawati

AGE-YEARS आयु-वर्ष

60

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/सहोदर का नाम

Jagga

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

H.No-94, Majipur, Igla

Distt - Aligarh U.P. 202145

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

Same as above

Preop Postop
(0131) Lilawati

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. स्पष्ट छाता संख्या

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

क्या आप आय कर चुकाते हैं (को मान्य हो उस पर छाती का निशान 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.	Pyare Lal	53	M	Husband
2.	Ramveer	23	M	Son
3.	Adarsh	23	M	Son
4.	Premraj	14	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विधि आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये निशानों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE - IMSC
	IE - IMSC
	Surgery - (IE) STCS F10L

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 सी गई सहायता राशि
1.	SCCH	

DECLARATION by APPLICANT: (अर्हता दाता व्यक्ति)

- 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा सत्य प्रमाण है तो मेरी सहमति निरास हो या सफल हो।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से सी.आर.सी.ई. इसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में बताया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी प्रकार से इस प्रकरण को नहीं हारूँ, इस रोग या अस्वस्थता के कारण किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न तो सहायता लूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्हता दाता व्यक्ति)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise 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.
- 1) इस प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्हता दाता) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में बताया है, उसे "कोशिका" द्वारा मंच, प्रकाश/चित्र/इलेक्ट्रॉनिक माध्यम से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रमाणित जानकारी को इसका उपयोग करने से पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व भरोदारों अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हता दाता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे स्वतः सहायता का अधिकार नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा प्रसारित जानकारी का निर्बंध अधिकृत और मान्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्हता दाता व्यक्ति का हस्ताक्षर या अंगूठा का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल दाता व्यक्ति)

- 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से भरोदारों को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार सहायता या किसी अन्य स्रोत से इस रोग/रोगी के लिये ली जाये, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश के माध्यम से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता सिफारिश/सिफारिश हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो सहायता किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रमाणित जानकारी पर हम इस प्रकार से सहमत हैं कि सहायता सिफारिश करने पर हम इस रोग/रोगी के लिये सिफारिश करने या किसी अन्य सहायता से नहीं लौटेंगे।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से सी.आर.सी.ई. सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्ताक्षर दाता की नहीं प्रमाणित या दिये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुचारु और करने जाने की पूरी जिम्मेदारी हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए प्रस्तावित

Date of Surgery अस्वस्थता की तारीख 15/11/19	Dr. PRIYA AGRAWAL MCI No.-58417 Sign..... (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
---	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अन्तर्गत उपयोग हेतु)

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