

C19/05/0057

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika
foundation
Building Block of Life.APPLICATION No.:
आवेदन संख्या:

V/0519/0133

APPLICATION DATE:
आवेदन तिथि

6/5/19

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम

Ram Charan

AGE-YEARS आयु-वर्ष

65

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:
पिता/कन्या का नाम

S/o Vasant Lal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Lubetga Khurd, Kuravali

Distt - Hathras, U.P. 204101

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता

Same as above



Preop Postop

(0133) Ram Charan

OCCUPATION:
व्यवसाय

Farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

NA

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय

18000/-

PAN No. क्या खाली संलग्न

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर तिकी का निशान 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 से संबंध
1	Ram Beni	late	F	Wife
2	Bani	43	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विवरी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के पीछे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basic/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE - IMSC
	IE - IMSC
	Surgeing - (RE) STCS + 101

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

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा 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 प्रत्येक में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो यह है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रत्येक में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में नहीं, इस मदद का अधिक या समस्त हिस्सा किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले लिये है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)

- 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 प्रकार मैं अपने हस्ताक्षर या मुद्रा के साथ सहमत हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" और इसके "ट्रस्टी" को मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार में प्रयोग करने के अधिकार हैं, जिसके माध्यम से वे दानों को एकत्रित करने के लिए या कोशिका फाउंडेशन के बारे में जानकारी फैलाने के लिए मेरी तस्वीर और विवरण का उपयोग कर सकेंगे। यह उपयोग मेरी उपचार या उद्देश्य के पूर्ण होने से पहले या बाद में किया जा सकता है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण का उपयोग मेरी सहायता के लिए या मेरी सहायता के जारी रखने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के ट्रस्टी के द्वारा किया जा सकता है। इस सहमति से मेरी सहायता के जारी रखने का कोई भी अधिकार नहीं है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:
आवेदक के हस्ताक्षर या मुद्रा का निशान

(Handwritten signature)

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)

- 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 घोषणा करने वाले "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना इस (हस्पताल) द्वारा प्रस्तावित या स्वीकार किये जाने के।
- 1) यह कि हम वर्तमान में या भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता से किसी अन्य स्रोत से नहीं ले लेंगे, जो हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए आवश्यक है, जब तक कि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अन्य स्रोतों से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि से स्पष्ट होता है कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता के लिए कोई भी अन्य सहायता नहीं ले लेंगे।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी मदद मिलेगी, वह केवल वित्तीय प्रकृति की होगी। हमारे पास हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किसी भी उपचार/प्रक्रिया का चुनाव करने का पूर्ण अधिकार होगा और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई भी दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के हितों के लिए और अपने कर्तव्य को पूरी निष्ठा और "कोशिका" की कोई भी गारंटी के बिना हम इस मदद को नहीं लेंगे।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख <i>7/5/19</i>	Dr. PRIYA AGRAWAL MCI No.-58417 Sign..... (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	<i>(Signature)</i> (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 नम्बरी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नम्बरी हस्ताक्षर 2
<i>(Signature)</i>	<i>(Signature)</i>