

19/05/0068

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
(Healthcare)
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

V/0519/0140

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

7/5/19

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Bhikki

AGE-YEARS अनु-वर्ष

SEX लिंग

75

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

S/o Gauthi

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Audhuta, Sei Bangar

DIST - Mathura, U.P., 281406

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

Same as above



Preop Postop

(0140) Bhikki

OCCUPATION :

व्यवसाय

Farmers

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

19500/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

NA

PAN No. स्थाई खाता संख्या

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

क्या आप आय कर चुकाते हैं (जो मान्य हो उस पर सही 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 के साथ सम्बन्ध
1.	Kumari	70	F	Wife
2.	Yogesh	47	M	Son
3.	Sohn	43	M	Son
4.	Vishnu	40	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशी
1	SCEH	

DECLARATION by APPLICANT: अर्जतक प्रमाणित करत आहे:

- 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 अपना काल है कि इस प्रलय में निंदे को सभी विचारों से अनुसार सब एवं नहीं है। यदि कोई विचार एवं कथन अत्यंत सत्य साबित है तो उसे सहायक विचार को वा सकता है।
- 2) यदि इस को सहायक धर्म "बौद्धिक सहायक" में तो वा नहीं है, बल्कि बर्णन वही कथन को पूर्ण को निर्णय किया जाएगा, जो इस प्रलय में पर गया है।
- 3) मैं पुनः करता है कि कि सहायक हो। यह धर्मों को नहीं है, उस धर्म का अधिक वा सकता विचार किसी अन्य सौंदर्यविशेषज्ञता के रूप में तो निरा है और न ही धर्मों में लुप्त।

AGREEMENT by APPLICANT (unless TTY WDD)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's 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 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहायक को पुरि कराऊँ एवं "कोशिका बाउंडेशन और जाली मशीन" को अधिभूत कराऊँ कि वेग नाम, पता, फोटो और को विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् जाली, पत्र, मकसद/या दूसरे उद्देश्य से मुझे प्रतिनिधित्व और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिभूत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका बाउंडेशन" में जाली अधिभूत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि वेग नाम, पता, फोटो और विवरण को कि साक्षात् को उद्देश्यों में प्रसारित है मुझे स्पष्ट: साक्षात् का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् जाली मशीनों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

सर्वोच्च के इलाक़ा या सीटों का निर्धारण

AGREEMENT by HOSPITAL (WFSH ID# 400)

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 अविश्वस, हमसारी की ओर से समलेखी की "पॉलिश फाइनल" से विधिप स्थापना हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हमसारा) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विहित राजस्व किन्हीं और राजस्वों के सम्मिलन या किसी अन्य स्रोत से जमा होकर राजस्वों में सेवे या ले जाने हैं, जैसे कि अपने "कोशिका फाउन्डेशन" से मिश्रित/विच्छिन्न उक्त के सम्मिलन में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्रिन्सिपल अधिकारकर्ता हेतु मनुष्य नहीं किया जाता है तो अनिवार्य किन्हीं अन्य और राजस्वों के सम्मिलन या किसी अन्य स्रोत/स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अनिवार्य द्वितीय चरण उक्त टोपी/मालों हेतु किन्हीं और राजस्वों संग्रह या किन्हीं अन्य साधन से नहीं लेने/लेने।

2. "कॉलिका पाइरोडोन" से जो यह सहायक संयोजन मिलित प्रकृति की है। ऐसी पर हमला हम ही नहीं बताते या किने यह उपकरणिकता का पुराना से ही हमला से बीच का विचार है और "कॉलिका पाइरोडोन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रचना नहीं है। इसीसे हमला से ऐसी के इलाज पुराना और जाने जाने को सही की होगी और "कॉलिका" को कोई सुविधा या बिनाहरी इस जगह में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्थीषाली के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

8/5/19

Dr. PRIYA AGRAWAL

MCI No. -58417

Sign...

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

डायर का नाम व हस्ताक्षर व पदि नं.

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

नाम व पद इत्यादि अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तरिक उपप्लेन हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

ગામી હસ્તકાર ।

Exempt

SIGNATURE of TRUSTEE 2

पृष्ठ संख्या 2

Sc 28