

019/04/0009

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :
आवेदन संख्या : V/0519/0162

APPLICATION DATE :
आवेदन तिथि 13/05/19

NAME of APPLICANT :
आवेदक का नाम Mavasi

AGE-YEARS आयु-वर्ष 76
SEX लिंग M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :
पिता/कटुम्ब का नाम S/o Gyanmohani

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Kyanda Khurd, Hindaun

District - Kanauj, Rajasthan 322230

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

same as above



Pse op Post op

(0162) Mavasi

OCCUPATION :
व्यवसाय Unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :
कुल वार्षिक आय NA

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

PAN No. क्या खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न 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.	Sonuxi	70	F	Wife
2.	Heera	43	M	Son
3.	Banshi	40	M	Son

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

SPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा 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) व्ययभोजन कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किने गये विनंती का उद्देश्य:

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

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 राशि
1	SCFH	

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 पर कह रहा हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं वास्तविकता अलग पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मेरी दृढ़ता जो यहाँ पर उल्लिखित है, यदि मैं कोशिका फाउंडेशन से सहायता प्राप्त करता हूँ, तो मैं इसे केवल उद्देश्य के लिए ही उपयोग करूँगा, जिसके लिए मैंने इस सहायता की मांग की थी।

3) मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि मैं इस सहायता के लिए किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो किसी भी प्रकार का भुगतान करूँगा और न ही भविष्य में करूँगा।

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 का उत्तर देते समय यह ध्यान रखना है कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत बना है कि वे आप, आपका, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रेषित है, उसे "कोशिका" एनएच आर, दान, सहायता दान उद्देश्य से खुली पहचान/विषय और उपाय/विषय के लिए किसी भी प्रकार संपन्न से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। ये प्रश्न का विवरण ये प्रश्न के उत्तर या आप में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात में सहमत हूँ कि वे आप, आप, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से अधिकृत है खुले प्रसार: सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एनएच आरके न्यासी का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आपके कर्मचारी को प्रशिक्षण देना शुरू करें।

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 it's 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.

हमारे अधीनस्थ, इसलिये जो और ये मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु विनम्रता से कहते हैं, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) वह कि न तो हमें और न ही वित्तिय में वित्तीय सहायता किसी और सहायता से प्राप्त या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफरी/असिफरी उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा पर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विधि असिफरी/सकल हेतु मन्जूर नहीं किया जाता है तो हमें उक्त किसी अन्य और सहायता लेने या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता वित्तीय पर उक्त रोगी/मामले हेतु किसी और सहायता लेने या किसी अन्य सहायता से नहीं लेना/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने या सहायता वित्तिय प्रकृति को है। रोगी पर उपचार द्वारा जो या सहायता किसे गले उपचार/प्रक्रिया का सुचारु रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी उक्त का कोई रखाव नहीं है। इसलिये हमें उक्त में ऐसे के उपचार सुचारु और अपने अपने को सही दिखाने और उपचार को होने और "कोशिका" को कोई भुविता या विनम्रता इस मामले में नहीं होती।

Dr. ABHISHEK HANDA

MCI No. -09-35572

Sign.....

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

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

नाम व पद सम्प्रदान अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

म्याली इलाका ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

म्याली इन्स्टाण्ड 2