

VRN-6660

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

V/1119/0716

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

31/10/18

NAME OF APPLICANT :

आवेदक का नाम

Leelawati

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

70

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

D/o Giradhar

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवास पता

Majra, Rayn

District - Mathura - U.P. 281004

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

Same as above

OCCUPATION :

व्यवसाय

Home Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

NA

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न) NA

PAN No. स्थायी छल 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 लगायें)

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)	Ravi Lal	23	M	Husband
(2)	Ramveer	45	M	Son
(3)	Rajveer	42	M	Son
(4)	Murari	40	F	Daughter
(5)	Indira	37	F	Daughter
(6)	Subham	32	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा की वीथी प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाप प्रि संलग्न करें)	EW3 Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाप प्रि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) दयभोजन कार्ड (प्रमाण पत्र को छाप प्रि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनयी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RF - P.P
	LF - 11115
	Summary - (10) SICD + IOL

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 ले गई सहायता राशि
1-	SCDH	

Pre-op Postop
(0716) Leelawati

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा घोषणा)

- 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.
 - 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.
 - 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य प्रमाणित होता है तो मेरी स्थापित निवेदन भी न्यस्त हो सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से दी गई कोई भी राशि, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में प्रस्तुत किया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी प्रकार से भविष्य में, अपने भुगतान के लिए, पूर्णतया या आंशिक रूप से, किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न कोई राशि प्राप्त करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा स्वीकार)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print/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.
 - 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान, मैं (अर्शक) यहाँ स्वीकार करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और इसके आचार्य" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और कोई विवरण इस प्रारूप में घोषित है, इसे "कोशिका" द्वारा या अन्य, दान, प्रचार/या दूसरे उद्देश्य से कुछ गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे नाम का उपयोग मेरे इलाके के लोगों को मदद करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" के लक्ष्यों को पूरा करने के लिए किया जा सकता है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी प्रकार के भविष्य में या भविष्य में मुझे स्थायी रूप से स्थापित करने के लिए इस प्रारूप में "कोशिका" द्वारा उपयोग किया जा सकता है और स्वीकार किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा स्वीकार)

- 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:
- 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.
 - 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.

हमारी अधिकृत, हस्ताक्षर करने वाले या अनुमोदित हस्ताक्षर करने वाले "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को जारी है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं:

- 1) यह कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी भी अन्य सहायता के लिए किसी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता मांगेंगे, जो हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त करने के लिए आवश्यक है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान की गई सहायता पूर्णतया या आंशिक रूप से न मिलती है, तो हमें अपने अभाव को पूरा करने के लिए किसी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता मांगने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा के माध्यम से हम स्वीकार करते हैं कि "कोशिका फाउन्डेशन" को वित्तीय सहायता प्रदान करने में कोई भी भूमिका नहीं होगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से दी गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्तगत करने के लिए हमें उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी के चिकित्सक/हस्पताल के चिकित्सक का होगा और इससे कोई भी प्रभाव नहीं होगा। हस्तगत करने के लिए हमें उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी के चिकित्सक/हस्पताल के चिकित्सक का होगा और इससे कोई भी प्रभाव नहीं होगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery अवस्थापन की तारीख 11/11/19	Dr. PRIYA AGRAWAL MCI No-68417 Signature (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अन्तर्गत उपयोग हेतु)

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