

VRN-6649

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation

Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

V/1119/0710

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

31/10/19

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Vimala

AGE-YEARS आयु-वर्ष

61

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कन्या का नाम

D/o Mitthi Lal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता

Nagla Maheshwar, Khandauli

Distt - Azamgarh U.P. 223126

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवास पता

Same as above.

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. स्थायी आय संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो प्रत्येक को उस पर सही का निशान लगावे)

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 सम्बंध
01	Buddhi	63	M	Husband
02	Dinesh	36	M	Son
03	Chander Shekhar	34	M	Son
04	Chand Lal	31	M	Son
05	Neelaj	28	F	Daughter
06	Krishna	25	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable):

सहायता के लिये क्विलि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आयु अथवा वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ ही 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 प्रतिक्रिया सूची संलग्न
	RF - P.P
	LE - MSC
	Surgery - (RE) STCS + TOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कहीं 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 लगाई गई सहायता राशी
1-	SCCH	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा पर:

- 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरे ज्ञानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन वास्तविक सत्य प्रमाण है तो मेरी सहमति मिलान की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता माँगी "कोशिका फाउन्डेशन", से हो जा रही है, उसका इस्तेमाल उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पता लगा है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि बिना सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अधिक या कमल हिस्सा किसी अन्य प्रायोजक/व्यक्ति/कम्पनी से न हो लिया है और न हो भविष्य में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा सहमत)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 it's activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfilment 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली के छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपने सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, लोह और मेरे विवरण इस प्रारूप में घोषित हैं, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, वाचनाया द्वारा वितरण से दुर्दी गतिविधियों और वितरितियों के लिये किसी भी उद्देश्य के लिये प्रयुक्त करने के लिये अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, लोह और विवरण मेरे सहमति से वितरित हैं प्रेषित हैं प्रेषित हैं; सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एवम् वितरित न्यासीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगुली का छाप

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पाताल द्वारा सहमत)

- By affixing hereunder, signature of our Authorized 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, इसाक्षरी की ओर से सन्देश/पत्र की "कोशिका फाउन्डेशन" से वितरित सहायता हेतु सिफारिश को जारी है, किसे हम (हस्पाताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वितरित सहायता किसी और सहायता स्रोत से मिले अन्य स्रोत से उस राशि/पात्रों में लोह व ले ले ले ले, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/पत्र की उम्मीद से सहायता में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता हेतु सिफारिश को जारी है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट अधिक/कमल हेतु सहायता नहीं मिली जाय है तो अस्पताल किसी अन्य और सहायता स्रोत या किसी अन्य सहायता स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा गया है कि अस्पताल द्वितीय मदद उम्मीद/सहायता हेतु किसी और सहायता स्रोत या किसी अन्य सहायता स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ले ले गई सहायता केवल वितरित प्रकृति की है। ऐसी पर हस्पाताल द्वारा की गई सहायता या बिना गये उम्मीद/सहायता का नुमान होगा।

- मेरी घोषणा है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई सहायता नहीं है। इसलिये हस्पाताल में लेनी के इलाज सुरक्षित और जने जने की सुरक्षा/विशेषता हेतु एवं हस्पाताल की होपी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery

आवृत्ति की तिथि

30/05/19

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 Authorized Signatory on behalf of Hospital)

नाम व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नाम हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नाम हस्ताक्षर 2