

VRN-6665

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

Foundation

Building Block of Life

APPLICATION No.: V/1119/0720

APPLICATION DATE: 31/10/19

NAME of APPLICANT: Sheela Devi

AGE-YEARS आयु-वर्ष

51

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: D/o Digamber Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Dwarka Kala, Surys ki Nagriya

Distt - Mathura, UP 281004

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

Same as above

Pre op Post op
(0720) Sheela Devi

OCCUPATION: Home Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: NA

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

PAN No. जारी छात्र संख्या

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

Yes / No

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न का निशान लगाएं):

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 के साथ सम्बन्ध
(1)	Vijender	54	M	Husband
(2)	Chaitan	26	M	Son
(3)	Ashwinder	24	M	Son
(4)	Anshu	22	F	Daughter
(5)	Sunila	19	F	Daughter
(6)	Mehar	16	F	Daughter

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छात्र प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छात्र प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छात्र प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे गये बिमारी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न
	RE - KROWN TOL
	LE - P.P
	Diagnosis - (RE) STES + TOL

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 सी गई सहायता राशी
1-	SCHE	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा है-

- 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, if applicable, 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 कहे हैं कि इस प्रश्न में दिए गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण इस प्रकार असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता माँगी "कौशल विकास प्रशिक्षण", से ही जा रही है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जायेगा, जो इस प्रश्न में कहा गया है।
- 3) मैं पुनः कहता हूँ कि मैं किसी सहायता से या प्रशिक्षण को नहीं हूँ, उस राशि का अधिकतम या समस्त किस्ता किसी अन्य संगठन/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही खर्च करने में आया।

AGREEMENT by APPLICANT (अभ्यर्थक द्वारा कबल)

- 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 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 फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या मोहरे को छाप लानेपर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके त्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, मोहरे और जो विषय इस फॉर्म में घोषित है, उसे "कोशिका" एबनू ग्याही, दार, साधनाथ द्वारा उद्देश्य से चुदी प्रतिनिधियों और उपस्थितियों में दिखे बिना भी उल्लेख साधन में प्रकाश करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र को विपणन में इस्तेमाल से पहले या बाद में करने को लिए "कोशिका फाउंडेशन" व त्रस्टी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, मोहरे और विषय को कि साधनाथ को इस्तेमाल में प्रतीति है मुझे सहाय्य का इच्छा नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एबनू ग्याही त्रस्टियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल की ओर से)

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.

हमसे अधिलक्ष, हमसारी बी और से नामसे/होते को "कोशिका फाउण्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हमसारा) वित्तिय सहाय से प्राप्त न सीफारिश करते है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती अं लिप संसदीय

Date of Surgery
अपरेसन की तारीख

19

ADVA AGRAWAL

ACI No. 58417

PLATE 1

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

आपका को पता है कि आपका नाम क्या है?

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Applicant)

नाम अ पद सम्पादन अधिकार अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

Exchanged

SIGNATURE of TRUSTEE 2

2018