

VRN - C678

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

V/0919/0729

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

02/11/19

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Kamlesh Devi

AGE-YEARS आयु-वर्ष

66

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/हस्ताक्षर का नाम

D/o Khajani Lal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

H.No-401, Rakrovan Sweepah Colony

Distt - Hathras, U.P. 204101

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय 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 प्रमाण संलग्न करें)

NA

PAN No. स्थायी राजस्व संख्या

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

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

Yes / No

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 से संबंध
(1)	Ramdas	66	M	Husband
(2)	Kapil	46	M	Son
(3)	Rishna	38	M	Son
(4)	Bansi	36	M	Son
(5)	Kalpna	31	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये निम्न आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रखा 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) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे गये निम्न का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जो गई सहायता हारी
1-	SCCH	



Preop Postop

(0729) Kamlesh Devi

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा घोषणा करें)

- 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 any, 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 सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं/कमन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं इससे घोषणा करती हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं कर रहा हूँ, उस राशि का आंशिक या पूर्णतः किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-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 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.

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 अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने सहमत होने की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन" और इसके भरोदारों को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रारूप में जोड़ा जा सके, जिनसे सहायता हेतु प्रचारित किया जा सके, जिससे कोशिका फाउन्डेशन और/या अन्य स्रोतों को जानकारी मिले कि कोशिका फाउन्डेशन के लिए सहायता की आवश्यकता है।

2) मैं (आवेदक) इससे सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण के बिना सहायता की प्रक्रिया में कोई भी परिवर्तन नहीं होगा। इस सहायता का हस्ताक्षर नहीं कराना। इस सहायता में "कोशिका" एवं इसकी भरोदारों का विवरण शामिल और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान


AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

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 अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से समस्त/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता स्रोत से किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त नहीं होगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त की सहायता में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता सिफारिश/सहायता हेतु सहायता नहीं मिली है तो हमारा किसी अन्य स्रोत/रोगी सहायता या किसी अन्य सहायता स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखा है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमारा सिफारिश प्राप्त करने हेतु किसी भी सहायता स्रोत या किसी अन्य सहायता स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखा है।

2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्राप्त होगी, वह वित्तीय प्रकृति की होगी। रोगी का हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किसी अन्य सहायता/प्रक्रिया का चुनाव रोगी के हस्पताल के चिकित्सक का होगा और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं होगा। इसीलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षित और अन्य स्रोतों से सहायता प्राप्त होगी और "कोशिका" को कोई भुगतान या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए, संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

Dr. PRIYA AGRAWAL

MCINo-58417

Signature

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

हस्ताक्षर कर नाम व हस्ताक्षर व चिह्न, व

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

जब 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


