

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building Block of Life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

V/1119/0732

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

04/11/19

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Ramesh Chand

AGE-YEARS आयु-वर्ष

46

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

Narayan Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवासीय पता

Naam Insaan, Kaya

Distt - Mathura D.P. (281204)

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई निवासीय पता

Same as above

OCCUPATION:

व्यवसाय

Farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

19500/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. स्थाई आयकर 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 लगायें)

Yes / No

हैं / 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
(1)	Mamta	44	F	Wife
(2)	Om Prakash	19	M	Son
(3)	Vijesh	13	M	Son
(4)	Premnati	13	F	Daughter
(5)	Munesh	11	F	Daughter
(6)	Mithlesh	08	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये प्तिष्ठि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीब रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	EWB Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय कर प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये निम्नी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached असमत्व/दवाइय से चारों की गई प्रविष्टि संलग्न
	RT - P.D
	LE - IMSC
	Surgery - (LE) STCS + FOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लीया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशी
1-	SCB	

DECLARATION by APPLICANT: (अर्हक द्वारा प्रमाण पत्र)

- 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 प्रमाण दे रहा हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य प्रमाणित होता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ सौमन्यतापूर्वक "कोशिका फाउन्डेशन", से जो राशि मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण से हीमे किया जायेगा, जो इस प्रारूप में माग किया है।
- 3) मैं यहाँ प्रमाण दे रहा हूँ कि मैंने सहायता हेतु अब उपयोग की नहीं है, उस राशि का आशिक या पूर्णतः किसी अन्य स्रोत/निर्भरकारी/कम्पनी से न जो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्हक 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/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 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 (अर्हक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन" और उसके ब्राह्मणों को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में माँगा है, उसे "कोशिका" एम्प्लॉयर्स, ग्राम, सचिव/सचिव द्वारा वरदान से लुट्टी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा माग विवरण से इलाज के पहले या बाद में करने से लिए "कोशिका फाउन्डेशन" में जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के वरदान से प्राप्त है, पूर्णतः सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस हस्ताक्षर में "कोशिका" एम्प्लॉयर्स ब्राह्मणों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION
अर्हक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

हमेशा अग्रवाल

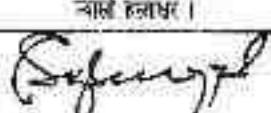
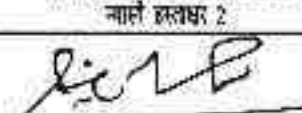
AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

- 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 this matter.
- हम यहाँ अधिस्तु, हस्ताक्षर की जाए से अनुमति देने को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।
- 1) वह कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायक संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए माग कर रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्णय उक्त के हस्ताक्षर में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट/अधिकृत/अधिकृत हेतु अनुमति नहीं दिया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत/निर्भरकारी/कम्पनी या किसी अन्य सहायक संस्था से सहायता देने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा गया है कि अस्पताल हिलेय नगर, उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सहायक संस्था या किसी अन्य सहायक संस्था से नहीं लेगा/लौगा।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो राशि सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सहायता व किसे राशि सहायक/प्रोक्सी का चुनाव रोगी एवं सहायक के बीच कर दिया है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इत्यति हस्पताल में रोगी के इलाज सुचारु और अपने अपने को सही सिफारिशों रोगी के हस्ताक्षर की होगी और "कोशिका" की कोई भी सहायता या निष्पक्षिकता इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 4/11/19	Dr. PRIYA AGRAWAL MCI No. 53417 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.	 (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
---	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नाम 1 हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नाम 2 हस्ताक्षर 2 
---	--