

VRN-C783

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation

Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

V/1119/0740

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

11/11/19

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Bhagwan Devi

AGE-YEARS वय-वर्ष

SEX लिंग

51

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पति का नाम

D/o Pyarelal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता

V.M + PC - Neem Garden

Distt - Mathura, U.P. (221204)

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवास पता

Same as above



Pre op Post op

(0740) Bhagwan
Devi

OCCUPATION:

व्यवसाय

Home Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

NA

(Attach Proof of Income)

(आय का सबूत संलग्न)

NA

PAN No. स्थान: जारी संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो पन्ना दो उन पर सही का चिह्न लगाएं)

Yes / No

हां / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
(1)	Ramji Lal	53	M	Husband
(2)	Komal	25	M	Son
(3)	Jyoti	23	M	Son
(4)	Mahesh	21	M	Son
(5)	Abhinav	18	M	Son
(6)	Reena	15	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विधि आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विवरण का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE - DMSC
	LE - DMSC
	Surgery - (RE) LSCS + PCL

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 लौ गई सहायता राशि
1-	SCCH	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में देते गये सभी विवरण सच और सही हैं। यदि कोई विवरण पत्र कथन असत्य पाया जाय तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं प्रारूप में प्रस्तावित यदि "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उक्त उद्देश्य को पूर्ण से सिधे किए करेगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु एक वर्ष के भीतर, एक प्रतिशत या अधिक या कम किसी भी अन्य स्रोत/निर्भरता/बीमा कम्पनी से न हो लिया है और न हो भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक 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/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.
- 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 (आवेदनक) अपनी छत्रछाया को प्रेषित करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और कोशिका इस प्रारूप में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका" पत्र, न्यूज, दूर, कचन/पत्र द्वारा उल्लेख से जुड़ी परिस्थितियों और उपलब्धियों को सिधे किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत हों। ये प्रारूप का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पक्ष में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से जारी अधिनियत है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी उद्देश्य से प्रसारित है मुझे स्वतः सहायता का अधिकार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" पत्र, अन्य न्यासीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पाताल 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 भर्त्ता/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पाताल) निम्न प्रकार से मान्य न स्वीकार करते हैं:
- 1) यह कि न ही वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किले के सहायक संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लगे या से रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/निर्णय उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा भरा है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता निरस्त अधिकृत/नकार हेतु अधिकृत की जाय तो हमने उक्त सहायता निरस्त अन्य से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि से स्पष्ट कहा जाता है कि अन्ततः द्वितीय परत कमा रोगी/रोगी से हेतु किसी से सहायता लेने का किसी अन्य स्रोत से नहीं ले सकते।
 2. "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय शक्ति की है। रोगी पर हस्पाताल द्वारा दी गई सहायता या किसी नये उपकरण/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पाताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पाताल ने रोगी के हलाक सुरक्ष और जाने जाने की लगे विचारों एवं एवं हस्पाताल को होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

Dr. PRIYA AGRAWAL
Regi No.-58417

6/11/19

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डक्टर का नाम व रजिस्ट्रेशन नं. के साथ

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
नम व पर हस्पाताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2

[Signature]

[Signature]