

VRN-0789

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

V/118/0744

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

05/11/19

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Bekunthi

AGE-YEARS वय-वर्ष

51

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कन्या का नाम

D/o - Jyoti Lal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Narain Nagar, Raza

Distt - Mathura, U.P. 281204

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता

Same as above



Pre op Post op

(0744) Bekunthi

OCCUPATION :

व्यवसाय

Home Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

NA

(Attach Proof of Income)
(आय का सक्षेप सक्षेप) NA

PAN No. स्पष्ट छात्र संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो सत्य हो उस पर छह का निशान लगाएं)

Yes / No

हां / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
(1)	Roohan Lal	53	M	Husband
(2)	Kala	25	F	Daughter
(3)	Meena	23	F	Daughter
(4)	Shrimati	20	F	Daughter
(5)	Usha	18	F	Daughter
(6)	Kamran	16	M	SON
(7)	Haseem	14	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए विनति आधार

BPL Card

(Attach Card Copy)

गरीबी रखा के साथ प्रमाण पत्र
(प्रमाण पत्र की छात्रा प्रति संलग्न करें)

EWS Certificate

(Attach Certificate Copy)

सत्य अस का प्रमाण पत्र
(प्रमाण पत्र की छात्रा प्रति संलग्न करें)

Ration Card

(Attach Copy)

उपभोक्ता कार्ड
(प्रमाण पत्र की छात्रा प्रति संलग्न करें)

Any Other

Basis/Proof

अन्य कोई साक्ष्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे नये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE - P.P
	LE - DMSC
	Surgery - (15) STRESS + P.O.

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

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

DECLARATION by APPLICANT: सर्वप्रथम ध्यान दें:

- 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 पर कक्षा दूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं बचन असत्य पाया जाता है तो मेरी लगावशक्ति समाप्त हो सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर सत्यता पत्र "कोशिका फाउंडेशन" से ली जा रही है, उसका उपयोग वही उद्देश्य के पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में पद पाया है।
- 3) मैं यहाँ पर कक्षा दूँ कि कितना सहायता हेतु वह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अधिकतम या सबकुछ किसी भी अन्य प्रो.नि.मो.क्या.वै.वै. कम्पनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में ली।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करा)

- 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/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 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे को दान लगाकर, मैं (आवेदक) अपने सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और वे विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा न्यासी, दान, वाचनालय दूसरे उद्देश्य से बड़ी प्रतिष्ठितियों और उपलब्धियों के लिये कितने भी प्रचार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रपत्र का विवरण पर प्रचार को जारी या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" न न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण मैं कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है पूर्ण स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उसके न्यासियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कर)**

- 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.
- हमारी अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सन्तुष्टि देने को "कोशिका फाउंडेशन" से निहित सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी सहायता निधि से या किसी अन्य स्रोत से वही रोगी/रोगी के लिये या से रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/निर्णय उक्त के सहायता से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा पद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता निधि अधिकृत/सहायता हेतु सन्तुष्टि नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता निधि या किसी अन्य सहायता से सहायता देने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता निधि पर उक्त रोगी/रोगी हेतु कितने भी सहायता सहायता या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेना/लेनी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही यह सहायता केवल निमित्त प्रवृत्ति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा ही यह सहायता या किये जाने उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी या रोगी के लिये या निमित्त है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रक्षण नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और जाने वाले हैं और निमित्त रोगी/रोगी के लिये की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन का तारीख 6/11/19	PRIMA AGRAHAR CI No-58417 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व एच. न.	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इलाका अधिकृत अधिकारी
---	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामों हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामों हस्ताक्षर 2
---	---