

VRN-0801

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Taking block of H.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

V/mg/0745

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

05/11/19

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Sudha Devi

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

71

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कन्या का नाम

D/o Raghurath Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Vidya - Neem Bazar

Dist - Mathura, U.P. 281204

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई 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 साक्ष्य संलग्न) NA

PAN No. स्थाई करदाता संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मध्य हो उसे 'X' सही का चिह्न लगाएं)

Yes / No

हां / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से संबंध
(1)	Vedram Bazar	71	M	Husband
(2)	Bhupendra	46	M	Son
(3)	Bhupendra Chaudhary	44	M	Son
(4)	Manish Chaudhary	40	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विहित आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनर्ती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रोगजात/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सुची संलग्न
	RE - P.P
	LE - IMSC
	Surgery - (LE) STCS + 2 cl

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी
1-	SCF4	

Preop Postop
(0745) Sudha Devi

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, 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रत्येक में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई बिबरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण रूप से निपट किया करना, जो इस प्रत्येक में वर्णित है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा कर रहा हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस रशि या अधिक या समस्त हिस्सा किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न हो लिए है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा करण)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print-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 is the regate will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रत्येक पर अपने हस्ताक्षर या मोठे छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके त्रास्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे बिना इस प्रत्येक में शामिल है, इसे "कोशिका" एम्प्लूयर्स, क्लब, समन्वयक दूसरे रुद्धरेख के जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए, प्रेषित करे। मेरी स्वीकृति का विवरण मेरी सहायता के उद्देश्य या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" न न्ययों लोभित है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को जिस सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है लूँगे स्था: सहायता या हस्तगत नहीं करूँगा। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लूयर्स यादियों का विना अतिरिक्त और माध्यमों होगा।

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



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)

- By affixing hereunder, signature of our Authorized 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, हस्पताल की ओर से सम्प्रेषणीय को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी या रोगी के संबंध में किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या तो रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अनिच्छित/सफल हेतु मन्सुर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता के सम्बंध में सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा मन्सुर उक्त रोगी/रोगी के हेतु किसी भी सहायता लेने या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेता/लेगी।
 - 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। ऐसी पर हस्पताल द्वारा की गई प्रस्ताव या किसी गैर उपचार/प्रक्रिया का चुनाव पूर्ण रूप से हस्पताल के चर्चा का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुझा और आने वाले चर्चा/चर्चा निम्नस्थ रोगी, हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भुगतान या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

PRITYA AGRAWAL

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

6/11/19

MOI No: 58417

Signature

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

डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर का छाप, व

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

नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

प्राथी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

प्राथी हस्ताक्षर 2

Signature of Trustee 1

Signature of Trustee 2