

VRN - 0793

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No. :
आवेदन संख्या :

V/1119/0716

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

05/11/19

NAME of APPLICANT :
आवेदक का नाम

Puran Devi

AGE-YEARS आठ-वर्ष

61

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :
पिता/पति का नाम

D/o Purni Lal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Vijaypore - Purni Lal

Dist - Mathura U.P. 281002

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 साक्ष्य संलग्न) NA

PAN No. स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (कौन मान्य हो उस पर सबी को चिह्न लगायें)

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 के साथ सम्बन्ध
(1)	Suresh Chand	63	M	Husband
(2)	Kamlesh	35	F	Daughter
(3)	Vagish	31	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनिर्दिष्ट आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु लिये गये विनिर्दिष्ट उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE - Total Sensitive Culture
	LE - Total Sensitive Culture
	Surgery - (LE) STES + Tol

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 रक्कम
I -	SCCH	

Preop Postop
(0746) Purnam
Devi

DECLARATION by APPLICANT: (अर्हदक 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 यथार्थ बता रहा हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी पहचान निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ से सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्यों की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में कहा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु तब प्रार्थना नहीं करूँ, जब तक कि वह आर्थिक या स्वस्थता के हिसाब से अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न ली जा सके और न ही पश्चात् में लूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्हदक द्वारा करण)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्हदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रश्न में घोषित हैं, इसे "कोशिका" एनएफएलसी, धन, चयन/या द्वारा उपदेय से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। ये प्रश्न का विवरण मेरे इरादों के पालन या बदलने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से लाने अधिकृत है।

2) मैं (अर्हदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है। मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनता। इस संबंध में "कोशिका" एनएफएलसी को निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्हदक 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, इलाहाबादी को मेर से नाम/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता से मिली अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी से लेने या ले रहे हैं। जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/मिलने तक के समय में "कोशिका फाउन्डेशन" इस मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" इस सहायता बिना सिफारिश/मिलने हेतु प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य और सरकारी सहायता या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अत्यंत ही इच्छित मदद उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और सहायता से मिली अन्य स्रोत से नहीं लेने/ले रहे।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्तगत इस से कोई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" इस किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाज सुझा और आने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई प्रतिक्रिया या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
अपेक्षा की तिथि

06/11/19

Dr. PRIYA AGRAWAL

MCI No.-58417

Signature

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

अर्हदक का नाम व हस्ताक्षर या छाप, व

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

नाम व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नामों हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामों हस्ताक्षर 2