

VRN - C779

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

V/1119/0752

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

5/11/19

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Balvirsu Singh

AGE-YEARS वय-वर्ष

61

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कथुम्ह का नाम

D/o Shrichand

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

Boswan, Jglas

Distt- Aligarh, U.P. (202147)

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 खाता 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

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 से संबंध
(1)	Rajesh	64	M	Husband
(2)	Jaqueline	35	M	Son
(3)	Manoj	33	M	Son
(4)	Anju	30	F	Daughter
(5)	Bahira	27	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये चिह्नित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छवि प्रिंट संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छवि प्रिंट संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) व्यप्रेक्षा कार्ड (प्रमाण पत्र की छवि प्रिंट संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई संकेत
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे नये निम्नी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE - TMSC
	LE - TMSC
	Surgery - (E) STCS + TOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लिये गयी सहायता राशि
1-	SCCH	

Preop Postop
(0752) Balvirsu Singh

DECLARATION by APPLICANT: अभ्येक्षक द्वारा घोषणा की है।

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकार से लेने पर सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई शिथिल एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इसी की सहायता एवम् "कठिनता जाद्वरान" से हो जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकार में पता लगा है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं सहायता हेतु यह प्रार्थना कर रहा हूँ, उस एवम् की आर्थिक या समस्त हिसा किफ़ी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/बीमा कम्पनी से न हो लिये है और न ही भविष्य में लेंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्जितक द्वारा कल)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/distribute/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 it's 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 हस्तक्षर या अंगुठी से छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी छवि की प्रुटि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके स्वामीयों " को अधिष्ठा करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मे विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् स्वामी, शत्रु, साक्ष्य/या दूसरे उद्देश्य से दूरी मतविधियों और उपलब्धियों के तिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिष्ठित है। मे प्रश्न पर विवरण में प्रश्न के उत्तर या बाद मे करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या स्वामी अधिष्ठित है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि कश्चिका को उद्देश्यो से जाकि है मुझे ज्वन: सहायता का हकश नही मरता। इस सम्बन्ध मे "कोशिका" एवम् उसके स्वामीयो को निर्णय गतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आपका नै हल्लावा या अंगुले का निरसन



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल का पत्र)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koahike Foundation, we (Hospital) hereby affirm & adopt following:

- (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.

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन का तारीख

~~Dr. PAVLA A. COLEMAN~~

NCJ No. 58417

1997

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

हाथ का नाम व हस्ताक्षर व रवि न

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

नाथ व नंद इस्मताल अभिपूज अधिकाटे

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अनादिं व्यप्यं हंतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नामो हस्तधर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायं हन्ताश्चरः ।