

VRN - C769

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

Foundation

Building block of life

APPLICATION No.: VI/119/0755

APPLICATION DATE: 6/11/19

NAME of APPLICANT: Marmukut

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

77

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: S/o Bhure Lal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Baldeo, Mahavan

Distt - Mathura, U.P. 281304

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION: Labourer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 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):

Yes / No

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर त्रिंको का चिह्न लगायें):

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)	(Late) Ketu	75	F	Wife
(2)	Deepu	44	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनंति आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनंती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE - TMSC
	IE - TMSC
	Symptoms - (RE) STCS + IOL

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 ली गई सहायता राशि
1.	SCCH	


 Pso of Post of
(0755) Marmukut

DECLARATION by APPLICANT: आवेदन दूर 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 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 प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण झूठ साबित होता है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से सहायता प्राप्त "कोशिका फाउंडेशन" से लेती जा रही हूँ, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्यों के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में परा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि भविष्य में मैं किसी भी प्रकार की सहायता के लिए किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस कंपनी से न ले लूँगी और न ही भविष्य में लूँगी।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन दूर 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/put-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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान लगाकर, मैं (आवेदक) अपने स्वरूप को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके स्वामीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जहाँ विवरण इस प्रश्न में प्रेषित है, उसे "कोशिका" फण्डेशन, दान, वित्तपोषण द्वारा उद्देश्यों से बड़े गतिविधियों और उपलब्धियों को सिद्ध करने में प्रसारित करने के लिए अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हक्क नहीं मिलता। इस सम्बंध में "कोशिका" फण्डेशन उसने स्वामीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदन के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर दूर करण)**

- 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 मामले/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किंतु हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से पालन व स्वीकारा करते हैं।

- 1) यह कि न ही वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता स्रोत या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मरीजों में से किसी को ले लेंगे, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/निर्णय उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तीय सहायता/सहायता हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त की जायेगी या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्मिता निर्णय करने वाले स्रोत/सहायता हेतु किसी भी हस्तक्षेप के बिना या किसी अन्य सहायता से नहीं ले लेंगे।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से लेने वाले सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्ताक्षर दूर की गई सहायता का निर्णय को उपचार/उपचार का चुनाव देनी एवं हस्ताक्षर को बोध का विषय है जो "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा निर्णय प्रसारण का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्ताक्षर में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने को सभी विवरणों से एवं हस्ताक्षर की होगी और "कोशिका" को कोई भुविदा या जिम्मेदारता इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
अपरेशन की तारीख

Dr. PRIYA AGRAWAL

MCI No.-58417

Sign

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

डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व पिन नं.

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

नाम व पद हस्ताक्षर 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