

VRN-0766

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation

Building Block of Life.

APPLICATION No.: V/1119/0756

APPLICATION DATE: 6/11/19

NAME of APPLICANT: Edal Singh

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: S/o Lekhraj

67

M

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान निवासीय पता

Gung Mushi, Damanpur,

Distt - Aggra, U.P., 203201

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवासीय पता

Same as above

OCCUPATION: Farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 19500/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न) NA

PAN No. स्थायी आय संचयन

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

Yes / No

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही 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)	Brama Devi	64	F	Wife
(2)	Kali Phoolan	39	M	Son
(3)	Satendero	36	M	Son
(4)	Devendero	34	M	Son
(5)	Sakuntla	30	F	Daughter
(6)	Gesta Devi	27	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता हेतु किये गये चिह्न का आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के पीछे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWIS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये चिह्न का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रिपोर्ट/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	KE IMSC
	IC IMSC
	संलग्न (KE) STCS + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

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

Pre op Post op
(0756) Edal Singh

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा की:

- 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 सही सत्यता के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान एवं कथन सत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता मांगी "कोशिका फाउन्डेशन", से जो जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में पर रखा है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने प्राप्त हेतु वह प्रत्येक को नहीं है, वह यदि का अतिरिक्त या समस्त किसी अन्य प्राप्ति/व्यवस्थापक/बिमा कंपनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और कोई विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा, प्रामाण्य, चित्र, दस्तावेज, दूसरे माध्यम से मुझी उपस्थिति और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकाश माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का निष्पत्ति से इसका कोई फायदा या नुकसान करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से किसी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस प्रश्न में सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रसारित है पूर्ण स्वतः, सहायता का स्वरूप नहीं बनता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" द्वारा उससे ट्रस्टी का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

- 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 को और से सन्तुष्टि करने को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) केवल प्रथम से प्राप्त न स्वीकार करते हैं।

- 1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त हो सकेगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट इस के अनुसार है "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट/अस्वीकृत/अन्य हेतु मन्जूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत सहायता से सहायता देने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा गया है कि अस्पताल वित्तीय मदद प्राप्त होगी/प्राप्त हो सकेगी किसे भी सहायता प्रदान या किसी अन्य स्रोत से नहीं प्राप्त होगी।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो कोई सहायता वित्त वित्तीय प्रकृति की है। योरी पर इस्तेमाल द्वारा हो गई सहायता किने गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव होगी एवं हस्पताल को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए इस्तेमाल में ऐसी को इलाज सुझा और जने जाने की सभी सिफारिशें होगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई सुझाव या विनिर्देशों द्वारा प्राप्त में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 07/11/19	Dr. Priya Agrawal MCI No.-58417 Sign: (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.	 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल 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