

VRN-C823

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Sustaining block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

V/1119/0759

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

6/11/19

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Rashan Lal

AGE-YEARS आयु-वर्ष

81

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कटुम्ब का नाम

Ganga Prasad

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Dehara, Naugheer Bangar

Distt -> Mathura, U.P. 281203

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

same as above

OCCUPATION:

व्यवसाय

farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

20000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. रूपाई 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 लगाएं)

Yes / No

हो / 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)	Durga Devi	80	F	Wife
(2)	Ramesh Chand	55	M	Son
(3)	Suresh Chand	52	M	Son
(4)	Chandoo pal	50	M	Son
(5)	Poeran	47	M	Son
(6)	Minori	43	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विधि आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विकारों का उद्देश्य:

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

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 ली गई सहायता राशि
1	Self	



Pge of Postop
(0759) Rashan Lal

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 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 for which this assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न पत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन प्रमाण प्रमाणित नहीं हो पायेगा तो मेरी आवेदन/सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न पत्र में माँगा गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने भविष्य में भी किसी भी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न तो रिफंड किया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक 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/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 पत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठी के छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके त्रुस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न पत्र में घोषित हैं, उन्हें "कोशिका" एवम् त्रुस्टी, दान, पाठकों/दूसरे व्यक्तियों से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार का पत्र या प्रकाशन करने के लिये अधिकृत है। मेरी प्रश्न पत्र पर विवरण में हस्ताक्षर के छाप या कर मेरे करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" न त्रुस्टी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि "कोशिका" के उद्देश्यों से प्रयोग है। मुझे इससे सहायता का हस्ताक्षर नहीं बनना। इस संबंध में "कोशिका" एवम् त्रुस्टी त्रुस्टियों को निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर 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.
 - 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, इलाहाबाद की तरफ से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विविध सहायता किसी भी प्रकार की संस्था या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/पावसे ये लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्देश प्राप्त करने के लक्ष्य में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्देश स्वीकृत/नकारा हेतु यन्त्रु नहीं किया जाता है तो हमें सहायता मिलने अन्य किसी संस्था या किसी अन्य सहायता हेतु सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमें सहायता हेतु प्राप्त न होने/पावसे हेतु किसी और सहायता संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं ले पाएंगे।
 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। यहाँ पर हस्ताक्षर द्वारा ही माँगा जाता है कि हमें उपचार/उपक्रिया का चुनाव लेने एवं हस्ताक्षर को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिये हमें सहायता में होने के इलाज सुझा और जाने जाने की सारी जिम्मेदारियाँ पूरी रूप से हस्ताक्षर की होगी और "कोशिका" की कोई पुष्टि या जिम्मेदारियाँ इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिये संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

4/11/19

Dr. PRIYA AGRAWAL

MCI No.-58417

Sign

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

हस्ताक्षर का नाम व इलाहाबाद की तरफ, न.

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

नाम व पद इसलिये अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यसी इलाहाबाद 1

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यसी इलाहाबाद 2

[Signature]