

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building Block of Life.

APPLICATION No.: 3/020/355 (22/4/19)

APPLICATION DATE: 8/1/20

आवेदन संख्या:

आवेदन दिनांक

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Om Prakash.

AGE-YEARS आयु वर्ष

65

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

Raghibir

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

C-148 Madanpur New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

As Above

OCCUPATION:

व्यवसाय

Labourer

MARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

Rs. 1.50 Lacs

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. स्पष्ट छात्र संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो सत्य 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) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1	Rampali	60	F	Wife

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे कौन विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रक्रियेन सूची संलग्न
	Diag:- RF Catamnet
	Surt:- RF Phare + 10L

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये क्या रही?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: अनेकदा या सोप्या परी

- 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 KASHIKA 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 यहाँ पर कतार दूँ कि इस प्रत्यय में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण पूर्ण कथन असत्य पाया जाता है तो ये सहाय्य निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस को सहाय्य यथा "उद्देश्य" के रूप में, केवल उक्त उद्देश्य के पूर्ति के लिये ही प्रयोग करूँगा, जो इस प्रत्यय में मध्यम है।
- 3) मैं यहाँ पर कतार दूँ कि मैं किसी अन्य स्रोत से इस प्रत्यय की मदद नहीं ले रहा हूँ, न ही भविष्य में ऐसा करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अवेक दाव कार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's 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 it's activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfillment 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 इकावर या अंगुठी की छाप लगाकर, मैं (अर्क्षक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में संक्षेप है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायी, दान, धनदायक द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरा प्रश्न का विवरण मेरी इकावर के फोटो या चित्र में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्क्षक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है पूर्ण स्वतः सहायता का इकावर नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यायियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आपेक के हस्ताक्षर य अंग्रे के निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा बरकर)

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 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.

हमारे अधिकार, हस्तक्षेप की ओर से मानव/रोगी को "बोर्डिंग पाउन्डेशन" से विलीन सहायता में सिंक्रित हो जाते हैं, जिसे हम (अस्पताल) नियम प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो सर्वजन और न ही अधिकांश में विविध जातों की किसी भी जागीर या संपत्ति का किसी अन्य व्यक्ति से उक्त ऐसी/व्यक्ति से लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोरिका फाउन्डेशन" से विकसित/वित्तित उक्त के सम्बन्ध में "कोरिका फाउन्डेशन" द्वारा भर्त देना कि है। यदि "कोरिका फाउन्डेशन" द्वारा जागतिक विविध जातों/संपत्ति से मन्त्र की क्रिया ज्ञात है तो अवगत किसी अन्य भी जागीर या संपत्ति से किसी अन्य संपत्ति से जागतिक लेने का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अन्ततः द्वितीय मर उक्त ऐसी/व्यक्ति से किसी भी जागीर या संपत्ति का किसी अन्य संपत्ति से नहीं लेना/लेगी।
2. "कोरिका फाउन्डेशन" से लेने या संपत्ति केवल विविध प्रकृति की है। ऐसी पर दम्पतत द्वारा लेने या संपत्ति का विविध मर उक्त/प्रक्रिया का पुनः लेने एवं दम्पतत के बीच का विविध है और "कोरिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रखता नहीं है। इसलिए जागतिक में ऐसी के दम्पतत मर उक्त और जाने जाने की सारी विविध/ऐसी लेने एवं दम्पतत की ऐसी और "कोरिका" की कोई प्रक्रिया या विविध/ऐसी दम्पतत में नहीं लेनी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

08/01/2020

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
 डाक्टर का नाम व दस्तावेज नं. सहित

Dr. V. S. Thakral

Signature, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
A-3, Kallash Colony
New Delhi-110015
श्री यश रम्य हॉस्पिटल प्राइवेट लिमिटेड

on behalf of Hospital

नाम न.पं.द. सम्प्रदाय अधिपति अधिपति

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्यत्रिंशत् उपस्थानेन ह्येव

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासो हस्तस्य ।

Exempel

SIGNATURE of TRUSTEE 2

ज्यामी इत्यादी २

Self