

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
 (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No: 010320/1221 APPLICATION DATE: 1-03-20
 आवेदन संख्या आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Munni Devi AGE-YEARS: 45 SEX: F
 आवेदक का नाम आयु-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Ram Suresh
 पिता/सहोदर का नाम



PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 28/214, Koshika Colony - Koshika
 वर्तमान अवसंधि का पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: DIST - Mathura, U.P. 281001
 स्थाई अवसंधि का पता

फ्रीफ फेसल
 (1231) Munni Devi

OCCUPATION: Home maker MARRIED (संविहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 2000/- (Attach Proof of Income) (आदक का सत्य प्रमाण) NA

PAN No. स्याई कर संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes/No हा/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 संबंध
1.	maan Singh	44	M	Husband
2.	Banubhai	25	M	Son
3.	maresh	23	M	Son
4.	Vishnu	20	M	Son
5.	Deepak	14	M	Son
6.	Surya	10	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable):
 सहायता के लिये निम्न आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीब रेशन के तहत प्रयोग पर (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोगता कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये बिमारी का उल्लेख:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached (अस्पताल/डॉक्टर से जरी वी.पी.ए. प्रिस्क्रिप्शन सूची संलग्न)
1.	RE- JMSC
2.	LE- JMSC
3.	SURGERY - (RE) 52057201

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES: इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किन्ती अन्य स्रोत से लिया गया है।

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED (हो गई सहायता राशि)
1.	SCFH	

DECLARATION by APPLICANT (अर्क्षक द्वारा प्रस्तुत है):

- I hereby declare that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & request for assistance null & void for recipient's application.
- I solemnly declare that assistance (received from Koshika Foundation) will be used only for the purpose(s) as stated in this Form for which such assistance was requested by me.
- 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.
- मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई कथन झूठ या गलत है तो मैं (आर्क्षक) किरा को वापस नहीं करूँगा।
- मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने 'कोशिका फाउंडेशन' से जो राशि ले रही हूँ, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने भविष्य में भी किसी अन्य स्रोत (नियोक्ता/बीमा कंपनी) से राशि वापस लेने का इरादा नहीं है और - इसे पकड़ने में हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्क्षक द्वारा करार):

- I, the undersigned, the signature or thumb impression on this Form, I hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use my photo, to reproduce my name, address, photo & details of the purpose for which such assistance is requested/granted, through any media, 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 fulfillment of the purpose for which assistance is being requested.
- I hereby 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.
- इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे के छाप लगाकर मैं (अर्क्षक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" और उसके ट्रस्टियों को अधिकृत बना है कि मेरा नाम, पता, फोटो और मैंने लिखा इस प्रश्न में बताया है, उसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, दूर, प्रसारण द्वारा उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए उपयोग के लिए किसी भी प्रकार का प्रचार में प्रयोग करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा का कथन में इसका कोई प्रचार या छाप के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से जारी अधिकृत है।
- मैं (अर्क्षक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण का कि सहायता के उद्देश्य से प्रयोग है मुझे अन्य सहायता का इंतजार नहीं करना। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उसके ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्क्षक का हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार):

- By affixing the under signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:
- 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. In the event that such assistance is granted by Koshika Foundation & 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.
 - The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure adopted/conducted by the Hospital on the patient is based on the judgement/decision of 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.
- हम (हस्पताल) द्वारा अर्क्षक के लिए अनुमति देने वाले हस्ताक्षर/अंगूठे के छाप को देखते हुए हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता देते हैं कि:
- हमें या हमारे अंगूठे के छाप को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश करने वाली है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता देते हैं कि हम (हस्पताल) को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता की आवश्यकता नहीं है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जाती है तो हम (हस्पताल) को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता की आवश्यकता नहीं है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जाती है तो हम (हस्पताल) को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता की आवश्यकता नहीं है।
 - "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त की गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के चिकित्सक के द्वारा किया जाता है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान करने का निर्णय रोगी एवं हस्पताल के चिकित्सक के द्वारा किया जाता है। अतः "कोशिका फाउंडेशन" को सहायता प्रदान करने का निर्णय रोगी एवं हस्पताल के चिकित्सक के द्वारा किया जाता है और "कोशिका फाउंडेशन" को सहायता प्रदान करने का निर्णय रोगी एवं हस्पताल के चिकित्सक के द्वारा किया जाता है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Dr. ABHISHEK HANDA
MCI No. 09-36572
Signature
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर या छाप



(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery
अपरेशन की तारीख
08-03-20

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आंतरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नाम हस्ताक्षर 1
[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नाम हस्ताक्षर 2
[Signature]