

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. आवेदन संख्या: U/0320/1234 APPLICATION DATE आवेदन तिथि: 03-03-20

NAME OF APPLICANT आवेदक का नाम: Chandan Singh AGE YEARS आयु वर्ष: 49 SEX लिंग: M

FATHER/SPOUSE'S NAME: पिता/सहोदर का नाम: Hari Singh



PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता: Relax Colony, Kirti Vihar, Acharya, Kirti

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता: Same as Above

Free of cost
(1234) Chandan Singh

OCCUPATION: व्यवसाय: Labourer (MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित))

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय: 24000/- (Attach Proof of income) (आय का सबूत संलग्न): NA

PAN No. आय का संकेत: _____

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर देता है (जो पत्र हो उस पर 'हाँ' का चिह्न लगाएँ): Yes / No: हाँ / नहीं: No

FAMILY DETAILS (परिवार विवरण)				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध
1	Wife	45	F	Wife
2	Son	17	M	Son
3	Son	15	M	Son
4	Daughter	12	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable): उलासता के लिए निम्न आधार

DPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रक्षा के तहत प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached (स्वास्थ्य/डॉक्टर से जारी की गई शिवरेदन सूची संलग्न)
	RE - JMISC
	LE - JMISC
	Surgery - (RE) SICS + JOL

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 जो गई सहायता राशि
1.	SCFH	

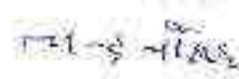
DECLARATION by APPLICANT (अर्थक इरा घोषणा करे):

- I hereby confirm that all details in this Form are true to the best of my knowledge. Any false statements will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for suspension/revocation.
- 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.
- I further confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source (employee insurance company, of the amount for which this assistance is requested).
- मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रत्येक में दिए गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एन केशिका फाउंडेशन द्वारा प्रदान किया गया है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने "कोशिका फाउंडेशन" से जो आर्थिक सहायता प्राप्त की है, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण अंश के लिए किया जाएगा, जो इस प्रत्येक में पता दिया है।
- मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत (कर्मचारी बीमा कंपनी) से उचित राशि के लिए सहायता प्राप्त करने से नकार दिया है और न ही भविष्य में ऐसा करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्थक इरा स्वीकार):

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print/photocopy 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.
- 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.
- इस प्रत्येक पर अपना हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (अर्थक) अपनी सहमति को प्रकट करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रत्येक में उल्लिखित हैं, इसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, दूरदर्शन से बड़े विज्ञापनों और वित्तपोषण के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रत्येक का प्रकाशित होने से पहले या बाद में कभी "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रकाशित नहीं किया जाएगा।
- मैं (अर्थक) इस प्रत्येक में प्रकृत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रकृत हैं, उन्हें सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस प्रत्येक में "कोशिका" द्वारा प्रकाशित विवरण का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

अर्थक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान


AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर इरा स्वीकार):

- By affixing hereunder signature of our Authorized 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, to the extent 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 a 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 advised/produced by the Hospital on the patient is based on the judgement 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 this regard.
- हस्ताक्षर अधिकृत हस्ताक्षरों को अंत में प्राप्त/प्राप्त के "कोशिका फाउंडेशन" से प्रेषित सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रस्ताव से मान्यता प्रदान करते हैं।
- हम कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी अन्य सहायता प्राप्त करने के लिए या भविष्य में किसी अन्य स्रोत से उचित राशि प्राप्त करने से नकार दिया है और न ही भविष्य में ऐसा करूँगे।
 - "कोशिका फाउंडेशन" से जो आर्थिक सहायता प्रदान की जाती है, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण अंश के लिए किया जाएगा, जो इस प्रत्येक में पता दिया है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

अधिकृत के लिए संस्तुति
Dr. ABHISHEK HANDE
 MCI No. 09-35572
 Sign: 
 Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
 डॉक्टर का नाम व इलाहाबाद नं. 09-35572



Date of Surgery
 ऑपरेशन की तारीख
 13-08-20

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

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अर्थात् उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामों हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामों हस्ताक्षर 2
	