

18/05/2018

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

A/0518/0147

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

24/05/18

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Badami Devi

AGE-YEARS आयु-वर्ष

75

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/सहोदर का नाम

Har Sahay

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Village - Nangal Bani, Teh - Thanagazi

Dist - Alwar Rajasthan

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

as above


 Pcc no. 0147
 Post of Badami Devi

OCCUPATION:

व्यवसाय

Farmer

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय *

80,000

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न)

NA

PAN No. स्वयं छुटा संख्या

NA

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्नन लक्ष्य करें)

Yes

No

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	Har Sahai	80	M	Husband
②	Leela Ram	50	M	Son
③	Greeta Devi	45	F	Daughter-in-law
④	Jagdish Kumar	40	M	Son
⑤	Meera devi	38	F	Daughter-in-law

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए विनोद आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय 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 साधन
---	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु निम्न पते निम्नलिखित का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रीस्क्रिप्शन सूची संलग्न
01	Diagnosis - R.E - P.P L.E - IMSC
02	Surgery - L.E - STCS + TOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुका है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जो यह सहायता राशी
1	SCEH	

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 voidable 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.

- AGREEMENT by APPLICANT (APPLICANT USE ONLY)

- 2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested, 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.

- [illegible]

आवेदक को हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

असुख निवृत्तान

बाढामी देवी

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा करार)

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:

- 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 well as 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.

इससे अतिरिक्त, इसकाही जो अंत से समालोचनी को "कोटिका काउन्सेल" से मिलित साक्षात् हेतु निष्पत्ति की जाती है, किंतु हम (हमारे) विषय प्रकाश से ध्यान व प्रतीक का है।

1. यह कि न तो सीलन और न ही सीलन में विहित प्रणालि किसी भी साक्षरी घोषणा या किसी अन्य सूचना से उक्त छोटी-छोटी में लेने या ले रही है, जो कि हमने "कोशिका घोषणा" से विश्वविद्यालयिक उक्त को समझ में "कोशिका घोषणा" द्वारा गहरा हो चुका है। यदि "कोशिका घोषणा" द्वारा प्रणालि निर्धारित अधिकतम/अधिकतम हो सकता नहीं किम्वंदा है तो प्रणालि किसी अन्य भी साक्षरी घोषणा या किसी अन्य समझ में प्रणालि लेने का अधिकतम सुनिश्चित रहता है। इस पृथि में स्पष्ट कहा जाता है कि प्रणालि निर्धारित मात्र उक्त छोटी-छोटी में हो सकती है साक्षरी घोषणा या किसी अन्य सूचना से नहीं ले-ले-ले।
2. "कोशिका घोषणा" में ले गई प्रणालि कोषा निर्मित प्रकृति को है। छोटी या प्रणालि द्वारा ले गई प्रणालि या बिने गरी उक्त/प्रकृति का प्रणालि छोटी रूप प्रणालि को कोष का विचार है और "कोशिका घोषणा" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रणालि नहीं है। इसलिने प्रणालि में छोटी को उक्त/प्रकृति और अन्य बिने को उक्त/प्रकृति छोटी रूप प्रणालि को छोटी और "कोशिका" को कोई प्रकृति या प्रणालि इस बिने में नहीं होगी।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संस्तुति (स्वीकृत/निस्त का निशान लगाये)		ACCEPTANCE मंजूर	REJECTION नकार
Date of Surgery अपरेशन की तारीख 26/05/18	Dr. Dharm Singh MS (OPHTHA.) (Name of Dr. is Name - No. of Stamp) डाक्टर के नाम और नंबर व रजि. नं. Reg. No. C-9884	C MASSEY (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory) डॉ. सी. मासेय, सहायक आयुक्त, जिला अस्पताल, बरेilly	

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

 SANCTIONED मंजुरी	REJECTED मनाजुरी	SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इम्तियार 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इम्तियार 2 