

C18/05/2008

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building blocks of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

V/0518/0107

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

01/05/2018

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Ramveer

AGE-YEARS आयु-वर्ष

60

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/सहस्र का नाम

Sh. Samman Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

Vill- Chhitariya, PO-Mohammadabad, Teh-Tundla

Distt- Firozabad, UP, 283204

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

Same as above



PASTE PHOTO HERE

Preop Postop

(0107) Ramveer

OCCUPATION:

व्यवसाय

Farmer

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

20000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. क्याई 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 चिह्न लगाएं)

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	Kamala Devi	50	F	wife
2	Ramkishan	40	M	Son
3	Kishor	35	M	Son

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 Card Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनियम का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE - TMSC
	LE - TMSC
	Surgery - (LE) SIGS WITH Tol

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिए गए हैं?

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक 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 expenses for which this assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ पर यह घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान या कथन आगम्य प्राप्त होता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिलेगी, उसे मैं केवल उसी उद्देश्य के लिए ही प्रयोग करूँगा, जो इस प्रकरण में उल्लेखित है।
- 3) मैं यहाँ पर घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में इस मदद के लिए किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से भी कोई भुगतान नहीं करूँगा और न ही भविष्य में करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 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.
- 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ पर घोषणा करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके स्टाफ" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रयोग करें, जैसे कि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा आयोजित, दान, चिकित्सा या अन्य उद्देश्यों से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए जानकारी और जानकारी के लिए प्रचारित करने के लिए उपयोग करें। मेरी इस घोषणा के बिना भी फाउन्डेशन मेरे नाम या पता के बिना "कोशिका फाउन्डेशन" में प्रयोग कर सकता है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को फाउन्डेशन के उद्देश्यों के लिए प्रयोग करने के बिना फाउन्डेशन का हकदार नहीं बनता। इस संबंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा दिये गये निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

अमरी

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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. 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in this matter.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मान्यता देने को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और स्रोत से किसी अन्य रोगी से उठा ली जाएगी, जो हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/किसी उपाय के माध्यम से "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु मिलेगी। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जायेगी तो हमें यह स्वीकार करना होगा कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/किसी उपाय के माध्यम से सहायता देने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल विशेष चरम उपाय हेतु सिफारिश करने का अधिकार है।
 - 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता दी जायेगी, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सहायता का बिना किसी भी प्रकार के दबाव के हस्पताल में रोगी के हितों के लिए और अन्य उपायों की ओर ध्यान दिया जायेगा और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा दिये गये निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

02/05/2018

Dr. Ashwini Kumar
MBBS, MS, FICO
Reg. No. 66028
Time
Date

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

डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

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

नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1

Dr. Anand

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2

Dr. Anand

