

C18/05/0006

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.:
आवेदन संख्या:

V/0518/0111

APPLICATION DATE:
आवेदन तिथि

01/05/2018

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम

hisi prasad

AGE-YEARS आयु-वर्ष

62

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:
पिता/पत्नी का नाम

Deep chand

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Vill - haggara, Dist - Mathura, (U.P.)
Pin - 281204

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

Same as above



Preop Postop

(011) Hisi Prasad

OCCUPATION:
व्यवसाय

Farmer

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय

18500/-

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

NA

PAN No. रखाई 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 निशान लगाएं)

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.	Leedawatt	60	F	Wife
2.	Satyaj Prakash	45	M	Son
3.	Mena	40	F	Daughter
4.	Suman	35	F	Daughter
5.	Ranee	30	F	Daughter
6.	Khema	25	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये निम्नलिखित 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 किये गये निम्नलिखित उद्देश्य:

Medical Reports/Prescriptions Attached
अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सुची संलग्न

RE - TMSC

RE - TMSC

Surgery - SICS WITH Tn (RE)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लीया गया है?

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

- 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 कबल यह कि इस प्रश्न में लिखे गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण सत्य/असत्य अथवा गलत जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस को सहायता एवम् "कोशिका फाउंडेशन", से ही का रही है, उपर्युक्त उपयोग के लिये उद्देश्य को पूर्ण के लिये किता उपयोग, जो इस प्रश्न में माग गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कबल यह कि इस सहायता हेतु मैं कभी भी अन्य स्रोतों से, या अपने स्वामी/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से या तो किसी भी और वही सहायता नहीं ले रहा/ले रही।

AGREEMENT by APPLICANT (JANUARY 2004)

- 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/post-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 fulfilment 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न पर अपने इच्छाया या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके पारदर्शन" को अनिवार्य करता हूँ कि वे मेरा नाम, पते और जो विवरण इस प्रश्न में शामिल है, उसे "कोशिका" एम्पु म्यारी, दन, सहायता शुरू करने के लक्ष्य लक्षितियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम में प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इच्छाया के पक्षों या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" को अनिवार्य है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पते, फोटो और विवरण को इच्छाया के उद्देश्यों से प्रसारित की पूर्ण स्वतः सहायता का इच्छाया नहीं-अवस्था। इस संबंध में "कोशिका" एम्पु उद्देश्यों का निर्णय अंतिम और सहायकारी होगा।

आपके कर्म के इलाक़ के अंगुली का निशान

आविर्भाव की इच्छापूर्ति का अंगुली का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल की ओर से)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koahika 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.

1) एक विद्युत चालक तार को एक धातु के गोले से जोड़ा जाता है, जो एक धातु के गोले से जोड़ा जाता है, जिसे हम (इसका) विद्युत प्रवाह से नाम या संकेत करते हैं।

- [illegible]

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

इसीकृतो के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

02/05/2018

Dr. Ashwini Kumar
MBBS, MS, FICO
Reg. No. 65028

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

डाकदार का नाम य इन्द्राक्षी य शक्ति, य

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

जम. व. च. इस्पताल अधिका. अधिका.

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

म्यूसी इन्स्टीट्यूट ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

म्यासी हस्तधर २

Exempel

lieve