

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

V/0518/0120

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

04/05/2018

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Shri Devi

AGE-YEARS मातृ-वर्ष

SEX लिंग

45

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/सहोदर का नाम

D/o - Jogtwar

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

vill - Sirji Nagla, Bahaban

Dist - Agra . U.P - 203201

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

Same. as above



PASTE PHOTO HERE

Preop Postop

(0120) Shri Devi

OCCUPATION:

व्यवसाय

Housewife

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

NA

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. स्वयं 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

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	Ramji Lal	50	M	husband
2	Satish	20	m	son
3	Gurwant	18	m	son
4	Rakha	15	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रखा 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 विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन दृष्टी संलग्न
	KE - P.P
	LE - TMSC
	Surgery - (LE) SECS WITH JOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशी
1.	S.C.E.H	

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 amount for which this assistance is requested.

1) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मेरे द्वारा जो सहायता दत्त "कोशिका फाउन्डेशन", मेरी ही वांछनी है, इसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में माग गया है।

3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैंने सहायता हेतु वह व्यय नहीं किया है, उस राशि का अधिकतम प्रत्येक विवरण किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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/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 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 Keshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, वी (आवेदक) अपनी सहायि की पुष्टि करता है एवं "कोशिका भावार्थों और उसके व्यक्तियों" को अधिकृत करता है कि भेद नाम, नाम, पदों और वे विपणन इस प्रश्न में कोशित है, उसे "कोशिका" नामक पत्रिका, पत्र, पत्रिकाएँ दूसरे उद्देश्य से जुड़ी व्यक्तिगत और पत्रिकाओं के तबले किसी भी प्रकार सम्पन्न से प्रकाशित करने को लिए अधिकृत है। ये प्रश्न का विपणन में प्रकाश में पड़ने का कर में करने के लिए "कोशिका भावार्थों" में प्रकाशित अधिकृत है।

2) ये (अर्थव्यवस्था) इस बात से सहमत हैं कि वेग, मात्र, मोड़ और विवरण को कि सहायता को उद्देश्यों से प्रदर्शित है मुझे स्पष्ट: सहायता का प्रकार नहीं-बताता। इस संबंध में "कोशिका" समूह उनके व्यक्तियों का निर्णय अधिक और सहायता देते हैं।

आविर्भाव के इसावापर या अंगुली-आविर्भाव

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 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.

इसकी शक्ति, इसका तरीका और तो आपने/हमारे को "कोईका पानेपाने" से बचाने साधना से गुजराने की जाती है, जिसे हम (इन्फेल्स) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न हो कॉलेज और न ही भविष्य में स्थिति सहायता किसी नैर साक्षरी संस्था या किसी अन्य जगह से उठा लें। धर्मालय में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका काउन्सेलर" को नियमित किया है। उक्त के अन्वय में "कोशिका काउन्सेलर" इस मदद देते हैं कि है। यदि "कोशिका काउन्सेलर" इस सहायता किसी आधिकारिकता से देते हैं मन्त्रु नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य नैर साक्षरी संस्था या किसी अन्य समन्वयन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त दोषोपपत्तियों से किसी नैर साक्षरी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेता।

1. "कोशिका पत्राचार" में ही यह वास्तविक संकेत मिलता है। ये तो यह इच्छा है कि यह सत्य या जितने भी वास्तविकता का ध्यान रहे और इसका

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

05/05/2018

Dr. Ashwini Kumar

DR. ABIRBHAI
MBBS, MS, FICO

Rep. No. 66028

Time

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

हाकटा का नाम य इन्द्राक्ष य ग्रीक, उ.

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

नाम य पर इन्स्पेक्टर अधिका अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हास्यकार ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी इत्यादि २

Exempel

2028