

C18/05/0040

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

V/0518/0121

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

04/05/2018

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Raniya Devi

AGE-YEARS उम्र-वर्ष

50

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/सहोदर का नाम

Dlo-Sengal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता

vill - Saidpur, Teh - Maharan

Dist - Mathura, U.P. - 281301

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवास पता

Same as above



Preop Postop

(0121) Raniya Devi

OCCUPATION:

व्यवसाय

Housewife

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

NA

(Attach Proof of Income)

(आप का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. स्थाई आय संचय

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगावे)

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	Ingal Singh	55	m	husband
2	Rajesh	38	m	Son
3	Sanjay	32	m	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) सर्वोच्च 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 विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE → IMSC
	LE → IMSC
	Surgery → (RE) SECS WITH Jn

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

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

DECLARATION by APPLICANT: जयदेव दाम मोरना श्र

- 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 ही कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरी सहायता केवल "उद्देश्य" के लिए ही है, जिसके लिए मैं इस सहायता की मांग कर रहा हूँ।
- 3) मैं यहाँ पर कबल यह ही कि मैं भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो किसी भी प्रकार की सहायता प्राप्त करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (ਸਮਰਥਕ ਦੁਆਰਾ ਕਰਾਰ)

- 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 Koshika Foundation, and their decision is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस ढर्रे पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अग्रे सहजति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके प्यारियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और कोई विवरण इस ढर्रे में जोड़ा है, उसे "कोशिका" समूह प्यारियों, दान, सामग्रियों द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सामान्य से प्रचारित करने को निरूप अधिकृत है। मेरे ढर्रे पर विवरण मेरे हस्ताक्षर के पत्रों या कार्ड से करने को निरूप "कोशिका फाउंडेशन" से प्यारियों अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का इकट्ठे नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" समूह उपायों प्यारियों का निर्णय अंतिम और अप्रत्यक्ष होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आपकी सेवा के इलाक़े पर अपनी साइट देखें

AGREEMENT by HOSPITAL (EARTH TO WATER)

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 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 the matter.

हमारे अधिकार, इलाक़ा की ओर से मान्यता/पैनी को "बोशिका फ़ाउन्डेशन" से विविध साधन से सप्लाय की जाती है, जिसे हम (हमself) विभिन्न प्रकार से मान्य व मनीकर करते हैं।

- 1) यह कि न तो कॉलेज और न ही अधिकांश शिक्षित छात्रावास किसी भी छात्रागो संस्थान या किसी अन्य संगठन से उच्च शैक्षणिकता में होने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कॉलेज काउन्सिल" से विपरीत/विपरीत उच्च को सम्बंध में "कॉलेज काउन्सिल" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कॉलेज काउन्सिल" द्वारा छात्रावास किसी अतिरिक्त/सकल हेतु मजदूर नहीं किया जाता है तो सम्भावित किसी अन्य और छात्रागो संस्था या किसी अन्य सम्भावन से छात्रावास लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सम्भावित द्वितीय मदद उच्च शैक्षणिकता हेतु किसी भी छात्रागो संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेना/लेनी।
2. "कॉलेज काउन्सिल" से ही यह छात्रावास कोषात शिक्षित प्रवृत्ति को है। ऐसी पर सम्भावित द्वारा दो गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का पुराना ऐसी एवं सम्भावित को शीघ्र का विचार है और "कॉलेज काउन्सिल" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए सम्भावित में ऐसी को सलाह सुरक्षा और अन्य करने की सारी विपरीत/दोरी एवं सम्भावित को ऐसी और "कॉलेज काउन्सिल" को कोई प्रतिकार या विपरीत/दोरी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

05/05/2018

Dr. Ashwini Kumar

MBBS MS FICO

Reg. No. 66028

[illegible]

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

हलधर का नाम व हलधर व एडि. ३.

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

नाम व पद हस्ताक्षर अभिमत अभिमत

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

सूची संख्या 2