

C18/05/0050

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building Block of Life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

V/0518/0123

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

04/05/2018

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Khem Singh

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

60

m

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/हस्ताक्षर का नाम

Sho Ramprasad

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Vill - Hasanpur, Dist - Mathura, D.P. 28105

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION:

व्यवसाय

(Labour)

Agriculture Department

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

NA

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. स्थायी खाता संख्या

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

क्या आप आय कर चुकाते 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) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	Leela Devi	58	F	Wife
2.	Vishwender Singh	25	M	Son
3.	Surender Singh	30	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशन कार्ड के नौबे 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) उपभोग्य 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 → TMSC
	LE → TMSC
	Surgery → (F) SACS WITH 701

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 राशि
1	SCF4	



Pratap Pratap

(0123) Khem Singh

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा घोषणा करें)

- 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, for which this assistance is requested.

- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में विवेचन की गई जानकारी को सत्यता से मैं जानता हूँ। यदि कोई विवरण एवं कारण असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जाएगी।
- 2) मैं इस बात को सख्त तौर पर "कोशिका फाउंडेशन", से सहायता प्राप्त करने के लिए घोषणा करता हूँ कि मैंने इस सहायता को केवल उद्देश्य के लिए ही प्राप्त करने के लिए माग किया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने भविष्य में इस सहायता को पूर्णतः या आंशिक रूप से किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से प्राप्त करने के लिए नहीं किया है और न ही भविष्य में ऐसा 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 is in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार से प्रकाशित करें, जैसे "कोशिका" दान, प्रचार, दान, सामाजिक दायित्व कार्यक्रमों से जुड़ी प्रचारितियाँ और उपलब्धियों के विवरण प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे हस्ताक्षर के बिना या मेरे बिना के बिना "कोशिका फाउंडेशन" से प्रकाशित नहीं किया जा सकता है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित हैं, सहायता का हस्ताक्षर नहीं कर सकते। इस संबंध में "कोशिका" दान, प्रचार, दान, सामाजिक दायित्व कार्यक्रमों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

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 the matter.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से हमारे/हमारे को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त की जाएगी, जैसा कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता प्राप्त करने के लिए माग किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जाती है तो हमें सहायता प्रदान करने के लिए माग किया जा सकता है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जाती है तो हमें सहायता प्रदान करने के लिए माग किया जा सकता है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जाती है तो हमें सहायता प्रदान करने के लिए माग किया जा सकता है।

2) "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्ताक्षर द्वारा दी गई सलाह या चिकित्सा उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल पर रोगी के हस्तक्षेप और अपने अपने को सही विचारों से रोगी एवं हस्पताल को रोगी और "कोशिका" को कोई भी दबाव या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संरक्षित

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

05/05/2018

Dr. Ashwini Kumar

MBBS MS FICO

Reg. No. 66028

Time

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

डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व मुद्रा

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

हम व हमारे अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नम्बरी हस्ताक्षर 1

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नम्बरी हस्ताक्षर 2

[Signature]