

C18/05/0025

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: 0518/0135
आवेदन संख्या: 0518/0135
APPLICATION DATE: 04/05/18
आवेदन तिथि: 04/05/18

NAME of APPLICANT: Bharat Singh
आवेदक का नाम: Bharat Singh
AGE-YEARS आयु-वर्ष: 65
SEX लिंग: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Sh. Ballabh
पिता/वधू का नाम: Sh. Ballabh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: Vill+po- Jagsana
वर्तमान आवासीय पता: Vill+po- Jagsana
Dist- Mathura, U.P 281308

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: Same as above
स्थायी आवासीय पता: Same as above

OCCUPATION: Farmer
व्यवसाय: Farmer

TOTAL ANNUAL INCOME: 19500/-
कुल वार्षिक आय: 19500/-
(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न) 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 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.	Ramvati	60	F	Wife
2.	Rajesh	40	M	Son
3.	Jitendra	35	M	Son
4.	Shyamveer	30	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 प्रिंट संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रिंट संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रिंट संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विनोद का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	RE - J MSC
2	RE - J.T.MSC
3	Surgery - RE - SACS WITH HERNIA

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

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

DECLARATION by APPLICANT: જાહેરના હવે પોલક પત્ર

- 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 कह रहा हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य अथवा गलत पाया जाता है तो मेरी सहायता विवरण को खारिज कर दिया जा सकता है।
- 2) मैं इससे जो सहायता दिलाई "संशोधन कार्यक्रम", से ही का रही है, उसका उपयोग वही उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में प्राप्त पाया है।
- 3) मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि मैं इस सहायता से प्राप्त होने वाले व्ययों को, भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से या तो लिया है और वही सहायता में शामिल है।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कृत)

- 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 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या छाप की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने हस्ताक्षर की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके पदाधिकारियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रेषित है, उसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, दूर, माध्यमों द्वारा वितरण से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के विषय में जानकारी और प्रसारण के लिए उपयोग करने के लिए अधिकृत है। वे इसका उपयोग मेरे प्रसारण के पक्ष में या पक्ष में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या पदाधिकारियों द्वारा अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं बनाता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उसके पदाधिकारियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION -

अपेक्षाओं को इलाजदार या मंजूर या निराकरण

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल से 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 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) यह कि न तो कार्यवाही और न ही अधिकांश नैतिक निर्णयों में विधि का प्रयोग होता है।

1. यह कि न तो संरक्षण और न ही भविष्य में विविध संरक्षण किसी एक संरक्षणी संस्था या किसी अन्य स्तर से उठाए जानेवाले में होने या तो रहे है, जैसे कि अपने "कॉलिका फाउन्डेशन" से विचारविनिर्देश उठा के संस्था में "कॉलिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कॉलिका फाउन्डेशन" द्वारा संरक्षण विधि अनिवार्य/सकल हेतु बन्दूक नहीं किया जाता है तो असमता किसी अन्य एक संरक्षणी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से संरक्षण होने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस धुंध में स्पष्ट कहा जाता है कि असमता विशेष मदद उठाए जानेवाले हेतु किसी एक संरक्षणी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से नहीं संरक्षणी।
2. "कॉलिका फाउन्डेशन" से ही यह संरक्षण संरक्षण विधि प्रकृति को है। ऐसी पर इसका द्वारा ही यह संस्था या बिने गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव ऐसी एवं इसका तो कोई का निरा है और "कॉलिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दवाव नहीं है। इसलिए इसका न ऐसी के संस्था चुनाव और अपने अपने की सारी निम्नोपरी ऐसी एवं इसका तो कोई और "कॉलिका" की कोई प्रकृति या निम्नोपरी इस मामले में नहीं होने।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

सभीकुली के लिए संभलति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

07/5/18

Dr. Ashwini Kumar

Dr. Ashwin
MBBS, MS, FICO

Reg. No. 66028

Time _____

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

डॉक्टर का नाम या हस्ताक्षर या रसिद, ज

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

नाम व पद इसताल अधिका अधिका

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

संस्कृत भाषा

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2