

MA. 18/05/0160

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: 10518/0194		APPLICATION DATE: 14.5.18	
NAME of APPLICANT: Charan Singh		AGE-YEARS: 60	SEX: M
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Shankar		PASTE PHOTO HERE	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: Vill. Dandi, Teh. Chhitta, Dist. Mathura, U.P. 281401		PASTE PHOTO HERE	
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: Same as above		(0194) Charan Singh	
OCCUPATION: Farmer	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित):		
TOTAL ANNUAL INCOME: 21000/-	(Attach Proof of Income) (आप का साक्ष्य संलग्न करें): NA		
PAN No. [Blank]			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No			
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं): 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
1	Shiv dei	53	F
2	Shankar	34	M
3	Santosh	31	M
4	Raj Singh	27	M
5	Ramrati	25	F
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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 - SACS + IOL (LE)		
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 ली गई सहायता राशी	
1	SCEH		

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक हउ घोषणा पत्र:

- 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 बताना हूँ कि इस प्रश्न में लिखे गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी महापिता जिरत को जल सदाकत से निलंबित कर दिया जायेगा।
- 2) मैं द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में पूछा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अधिकतम या समस्त हिस्सा किसी अन्य छात्र/विद्यार्थी/कर्मचारी से न ली लिया है और न ही भविष्य में लीया जायेगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कबूल)

- 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 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्श्वेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रोहित है, उसे "कोशिका" एगम् न्यासी, दान, वाचक/क द्वाये उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पहले या बाद से करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्श्वेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहमति के उद्देश्य से प्रोहित है मुझे स्वतः सहमति का हक्कदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एगम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के इस्तेमाल या अंगुठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल से सहमति)

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, हमराहगीरों की ओर से मामले/दोषी को "कोलिका फाउन्डेशन" से विधिगत सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हमराह) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1. यह कि न तो संस्थान और न ही व्यक्ति में विविध सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रोत से उक्त ऐंजेल/मामले में एंगे या ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से मिशनरिज/विनिगि उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मंदर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिगि अतिरिक्त/सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखा है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मंदर उक्त ऐंजेल/मामले हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से सी या सहायता कोसल विविध प्रकृति की है। ऐंजी या अस्पताल द्वारा सी या सहायता या किने गये उपकरण/प्रक्रिया का पुनः उपयोग ऐंजी एवं अस्पताल से बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये अस्पताल में ऐंजी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी विनियमों ऐंजी एवं अस्पताल को ऐंजी और "कोशिका" को कोई भी प्रकार या विनियमों इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery

ऑपरेशन की तरफ़ से

1515118

Dr. Ashwini Kumar

MBBS MS FICO

Reg. No. 60028

(Name of Dr. & Recn. No. ^{Title} with Stamp)

हाकर का नाम व सम्बन्ध व गि. नं.

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

नमः व पद हस्तगत अधिकृत अधिकृत

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी इस्ताहर ।

Ergebnis

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी इस्लाम २

Rich

