

C18/10/0597

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

V/1118/0739

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

31/10/2018

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Munni Devi

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

60

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कटुम्ब का नाम

D/o Moolchand

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Kallupura, Balawan Dehat, Distt- Aligarh

U.P. 202145

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

Same as above



Preop Postop

(0739) Munni Devi

OCCUPATION :

व्यवसाय

Housewife

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

NA

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न) NA

PAN No. स्थाई खाता संख्या

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

क्या आप आय कर चुकते 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.	Kunwar Pal	65	M	Husband.
2.	Sandesh	34	M	Son
3.	Pankaj	30	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनंति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी 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) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनंती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	KE - IMAC
	LE - IMAC
	Surgery - (LE) Sica + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक प्रमाण देता है:

- 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 योचक बताने हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विधान एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी यह प्रार्थना निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरी प्रार्थना को सहायक प्रति "कोशिका फाउंडेशन", से ही प्राप्त हो रही है, इसलिए इससे प्राप्त की गई राशि के लिये किसी अन्य स्रोत, जो इस प्रकरण में प्राप्त नहीं है।
- 3) मैं योचक बताने हूँ कि जिस सहायक हेतु यह प्रार्थना की जा रही है, उस राशि का अधिक या समकित किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न हो भविष्य में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अनुमति प्राप्त करने वाला)

- 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न पर अपने इच्छा का जवाब दी प्रार सहायक, मैं (अर्हक) अपने जवाब की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके स्टाफों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विषय इस प्रश्न से संबंधित हैं, इसे "कोशिका" द्वारा नाम, पता, फोटो और मेरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विचार मेरे इच्छा के जवाब का यह है कि मैं "कोशिका फाउंडेशन" से नामांकित हूँ।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विषय को कि सहायक के उद्देश्यों से प्रकाशित है मुझे सहायक का इच्छा नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उसके स्टाफों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आपकेक के इलाका या अंग्रेजी का विभाग



AGREEMENT by HOSPITAL (बिपक्षीय स्वीकृति)

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.

इससे अतिरिक्त, इसकाही की ओर से पणलेलेली की "खोशिया फलबंदी" से विविध छायाया हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे धन (इसका) निम्न प्रकार से मान्य व समीक्षा करते हैं:

- [illegible]

- [illegible]

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Dr. Ashwini Kumar

MBBS,MS,FICO

Reg. No. 66028

Time

(Name of Dr. & Regn. State with Stamp)

हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व एडि. नं.

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

सम. नं. २२, हस्पताल अधीनस्थ अधिकाारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी इत्यादि ।

Exempel

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्त्याक्षर २

10/11/18

