

C18/11/0184

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

V/1118/0801

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

13/11/018

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Saroj

AGE-YEARS आयु-वर्ष

60

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/हस्तु का नाम

D/o Harisingh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Khagata Gumbi, Talanga

Distt-Hathras, U.P. 281302

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

Same as above

PAST PHOTO HERE
Preop Postop

(0801) Saroj

OCCUPATION :

व्यवसाय

Housewife

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

NA

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

NA

PAN No. स्थाई 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 चिह्न लगाएं)

Yes / No

हां / नहीं

L

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 सम्बंध
1	Saunja	Late	M	Husband
2	Raja	35	M	Son
3	Pinky	30	M	Son
4	Pinky	24	F	Daughter
5	Sanjiv	21	F	II

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय 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 - EMAC
	LE - EMAC
	Surgery - (LE) SICK + DOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा 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 cost for which this assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना गया होगा तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकेगी।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसे केवल इस उद्देश्य के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बतलाया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने अब तक और भविष्य में भी किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो सहायता प्राप्त की है और न ही प्राप्त करने की योजना है।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा सहमति)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रारूप पर मेरा हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित हों, जहाँ "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मेरी सहायता के लिए अनुरोध किया गया है, जिसके माध्यम से वे दानों को एकत्रित कर सकें और/या मेरे विवरणों के माध्यम से मेरी सहायता के लिए जानकारी फैला सकें। इस प्रारूप पर मेरा हस्ताक्षर या मुद्रा लगाने के बाद भी मेरी सहायता के लिए कोई भी गारंटी नहीं दी जाती है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना मेरी सहमति के किसी भी अन्य व्यक्ति को मेरी सहायता के लिए प्रकाशित करने की अनुमति नहीं दी जाएगी। कोशिका फाउन्डेशन के ट्रस्टियों का निर्णय मेरी सहायता के लिए अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या बाएँ 엄지 انگुठा का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा 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.
- इस प्रकार, हमारे द्वारा यहाँ, हमारे अधिकृत हस्ताक्षर के माध्यम से, हम (हस्पताल) कोशिका फाउन्डेशन से वित्तीय सहायता के लिए अनुरोध करने वाले रोगी/रोगी के मामले के लिए निम्नलिखित बातों का स्वीकार करते हैं:
- 1) कि हम अभी और भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता नहीं प्राप्त करेंगे, जब तक कि कोशिका फाउन्डेशन द्वारा हमें वित्तीय सहायता नहीं मिलेगी। यदि कोशिका फाउन्डेशन द्वारा अनुरोध की गई सहायता पूरी या पूरी तरह से नहीं मिलती है, तो हमें अपने अभाव को किसी अन्य स्रोत से पूराने का अधिकार सुरक्षित रहता है। यह पुष्टि करने के लिए कि हमें कोशिका फाउन्डेशन से वित्तीय सहायता के लिए अनुरोध करने वाले रोगी/रोगी के मामले के लिए कोई भी अन्य सहायता नहीं मिलेगी।
 - 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्तगत होने पर रोगी के उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी और हस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल को रोगी के उपचार/प्रक्रिया का चुनाव करने की पूरी जिम्मेदारी होगी और "कोशिका फाउन्डेशन" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 14/11/08	Dr. Ashwini Kumar MBBS MS FICO Reg. No. 68328 Time (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर या मुद्रा	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
--	--