

C18/11/0187

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

V/11/18/0803

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

13/11/18

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Mithlesh

AGE-YEARS उम्र-वर्ष

68

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कटुम्भ का नाम

D/o Chandradutt

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासस्थान पता

Bil Aaya Bad, Sena;

Distt- Mathura, U.P. 281206

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासस्थान पता

Same as above

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 करदाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न 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) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1	Kanhaiya Lal	48	M	Husband
2	Jawara Lal	48	M	Son
3	Krishna	43	F	Daughter
4	Madhu	40	F	Daughter
5	Simam	36	F	Daughter
6	Nideth	31	F	Daughter
7	Reeha	24	F	Daughter
8	Ravindra	20	M	Son

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) आय 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 विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RG - P.P.
	IC - IMSC
	Surgery - (E) Sics + Tol

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	SCCH	



Preop Postop

(0803) Mithlesh

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 amount for which this assistance is requested.

- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण मेरे ज्ञानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं मात्रा झूठा पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस फॉर्म में मध्यम है।
 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि निम्न सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अधिक या समतुल्य किसी अन्य प्रोडनिंग/एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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 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 दस्तावेज पर अपनी हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) आवेदकता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस दस्तावेज में उल्लिखित हैं, इसे "कोशिका" द्वारा यादृच्छिक रूप, वाचस्पत्यक रूप से इलेक्ट्रॉनिक और प्रकाशमय माध्यमों के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा जो सहायता मेरे इच्छित उद्देश्य के लिये मांगी जा रही है, उसका उपयोग मेरे द्वारा उद्देश्य के पूर्ण निर्वहन के लिए किया जायेगा।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को निम्न सहायता के उद्देश्य के अंतर्गत ही प्रयोग किया जायेगा। इस सहमति से "कोशिका" द्वारा उद्देश्य के पूर्ण निर्वहन के लिए मांगी जा रही सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सहमति से "कोशिका" द्वारा उद्देश्य के पूर्ण निर्वहन के लिए मांगी जा रही सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर 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 नामित/पेश की "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु निम्नलिखित की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से 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 होती/पाएगी, जो हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त करने के लिए मांगी जा रही है, जब तक कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता प्राप्त न हो। यदि सहायता पूर्णतः प्राप्त नहीं होती, तो हमें सहायता प्राप्त करने के लिए अन्य स्रोतों से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि के साथ यह कहा जाता है कि सहायता वित्तीय प्रकृति की है और सहायता के उद्देश्य के अंतर्गत ही प्रयोग किया जायेगा।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज इस दस्तावेज पर दी गई सहायता के बिना ही चलाया जायेगा और सहायता के बिना ही रोगी का इलाज जारी रहेगा। इस दस्तावेज पर दी गई सहायता के बिना ही रोगी का इलाज जारी रहेगा। इस दस्तावेज पर दी गई सहायता के बिना ही रोगी का इलाज जारी रहेगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery ऑपरेशन का तारीख 14/11/2018	Dr. Ashwini Kumar MBBS, MS, FICO Reg. No. 65028 Time..... (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाज का रजि. नं.	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

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