

C19/11/0182

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन फार्म

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

V/118/0804

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

13/11/018

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Ramesh chand Sharma

AGE-YEARS मास-वर्ष

63

SEX लिंग

m

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

So Hariprasad

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

Madanpur

DIST - Mathura, U.P. 281301

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता

Same as above



Pratap Pratap
(0804) Ramesh chand
Sharma

OCCUPATION:

व्यवसाय

Shopkeeper

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

NA

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी आय संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (को मध्य हो उस पर सही 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	Sushila	59	F	Wife
2	Sanjosh Kumar	22	M	Son
3	Laxmi	20	F	Daughter
4	Preeti	16	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनती 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) 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 - P.P.
	LE - T.M.S.C.
	Surgery - (LE) Sick + 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 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 amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रत्येक में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं/वास्तविकता अथवा सत्यता गलत है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से सहायता प्राप्त है, उसका उपयोग उक्त उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रत्येक में उल्लेखित है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने भविष्य में इस सहायता के लिए, पूर्णतया या आंशिक रूप से, किसी अन्य स्रोत/निर्माता/बीमा कंपनी से न तो सहायता है और न ही भविष्य में लूंगा।

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/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 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.
- 3) इस प्रत्येक पर अपने हस्ताक्षर या मुद्रा की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अवश्य स्वीकृति की घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायोचर" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार में प्रकाशित करें, इसे "कोशिका" एम्प्लॉयी, दान, वाचना/पत्र द्वारा उद्देश्य के सुदृढ़ विवरणों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रत्येक का विवरण मेरी इच्छा के बिना या मेरे करने के बिना "कोशिका फाउंडेशन" के द्वारा अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित है मुझे सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लॉयी न्यायोचर या निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक की हस्ताक्षर या बाएं तर्जनी की छाप

(Signature)

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

- 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.
 - 3) हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की और से यहाँ/होते हैं कि "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।
 - 1) कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी के सम्बंध में किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करेंगे जब तक कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता प्राप्त नहीं हो जाती है, जैसा कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/निर्देशित उक्त रोगी के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी रोगी/रोगी के सम्बंध में नहीं मिलती है तो हस्पताल को सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में हमें स्पष्ट करना चाहता है कि हस्पताल वित्तीय सहायता उक्त रोगी/रोगी के सम्बंध में किसी भी प्रकार की सहायता प्रदान करने में नहीं संलग्न होगा।
 2. "कोशिका फाउंडेशन" से कोई भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या बिना मेरे उपचार/प्रक्रिया का सुचारु रूप से एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी उक्त का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को उपचार सुलभ और अपने अपने को सही निर्णय लेने की होती है और "कोशिका" को कोई सुविधा या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 14/11/2018	<i>(Signature)</i> Dr. Ashwini Kumar MBBS MS FICO Reg. No. 66028 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व पंजीकृत नं.	<i>(Signature)</i> (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2
<i>(Signature)</i>	<i>(Signature)</i>

