

C17/11/0035

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation

Building block of life

APPLICATION NO.: विवरण संख्या: V/1218/0847		APPLICATION DATE: आवेदन तिथि 02/12/018	
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम Shanti Devi		AGE-YEARS आयु-वर्ष 57	SEX लिंग F
FATHER/SPOUSE'S NAME: पिता/सहोदर का नाम D/o - Pyare Lal			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता V.H - Nagla Lake, Parhawan Dist - Mathura U.P - 281208			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता Same as above			
OCCUPATION: व्यवसाय Housewife		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय NA		(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें) NA	
PAX No. ☒ Yes ☐ No			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न का निशान लगाएं) Yes / No हाँ / नहीं ☒			
FAMILY DETAILS परिवार विवरण			
Sl. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग
1.	Shankar	60	M
2.	Udayan	27	M
3.	Sonu	22	M
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये निम्नलिखित आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशन 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 निम्न उद्देश्यों का उद्देश्य:			
Sl. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न		
	RE - TDRAC		
	LE - KP		
	Surgery - (RE) SICI + TOL		
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त पत्र है?			
Sl. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जो यह सहायता पानी	
1	SCHE		



Prop Intop

(0847) Shanti Devi

DECLARATION by APPLICANT: (अर्श्विन द्वारा भरना)

- 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 यहाँ पर यह घोषणा कर रहा हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सही नहीं माना जाय तो यह फॉर्म भी खारिज हो जायेगा।
- 2) मैं यहाँ पर यथासंभव सही "बोशिका फाउन्डेशन", से सहायता ले रहा हूँ, इसका उपयोग इसी उद्देश्य के लिये किया जायेगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर यह घोषणा कर रहा हूँ कि मैंने भविष्य में भी किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इन्सुरेन्स कंपनी से न तो रीमर्बर्समेंट लेगा और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्श्विन द्वारा भरना)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/print-up/produce 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 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.
- 1) इस फॉर्म पर अपनी हस्ताक्षर या बाएँ थंब प्रिंट लगाकर, मैं (अर्श्विन) अपनी स्वीकृति को पुष्टि करता हूँ कि "बोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और कोई विवरण इस फॉर्म में घोषित है, इसे "बोशिका" द्वारा प्रचार, प्रचारण, प्रचारण, प्रचारण के माध्यम से मुझे चिकित्सा और भरण-पोषण के लिये किसी भी प्रकार का प्रयास करने के लिये अधिकृत है। वे इसका उपयोग मेरे इलाज के पहले या बाद में मेरी फोटो को बिना "बोशिका फाउन्डेशन" के बिना अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्श्विन) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी प्रकार के बदलाव के प्रसारित है मुझे सहायता का प्रसारण जारी रखना इस संबंध में "बोशिका" द्वारा प्रसारित जानकारी का प्रसारण अधिकृत और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्श्विन को इलाज के लिये या विवरण



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा भरना)

- By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this beneficiaries 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/patient, 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/patient 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- इससे अधिकृत, इससे अधिकृत की ओर से भरण-पोषण को "बोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किंतु हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से स्पष्ट न स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करे/करने में तैयार हैं। यदि "बोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त नहीं होती, तो हमें अपने अभाव को पूरा करने के लिये किसी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता प्राप्त करने में तैयार होना पड़ेगा। यह पुष्टि करने के लिये कि हमें सहायता के लिये किसी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता प्राप्त करने में तैयार होना पड़ेगा।
 - 2) "बोशिका फाउन्डेशन" से जो भी वित्तीय सहायता प्राप्त होगी, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमारे पास इलाज के लिए सहायता का चुनाव करने का पूर्ण अधिकार है और "बोशिका फाउन्डेशन" द्वारा वित्तीय सहायता का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हमें अपने चिकित्सा प्रकृति और अपने चिकित्सा प्रकृति को पूर्ण और "बोशिका" को कोई भी प्रकार का वित्तीय सहायता प्राप्त करने में तैयार होना पड़ेगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए हस्ताक्षर

Dr. Ashwini Kumar

MBS, MS, FICO

Reg No. 66028

Time

(Name of Dr. & Regn. No. Stamp)

हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर का स्थान

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)
हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी



FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नाम हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नाम हस्ताक्षर 2

[Signature of Trustee 1]

[Signature of Trustee 2]