

C10/12/0050

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन फार्म

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
Foundation
Building blocks of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

V/1218/0052

APPLICATION DATE

आवेदन तिथि

03/12/018

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Yashoda Devi

AGE-YEARS आयु-वर्ष

68

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/सहस्र का नाम

D/o - Kundan Lal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

Sunahary Colony, Mahadev Bahadur
Dist - Mathura, U.P. 201001

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास 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)

Yes

PAN No. स्थायी खाता संख्या

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

क्या आप आय कर पत्रांकित हैं (जो सत्य हो उस पर तिकी का चिह्न लगाएं)

Yes / No

हां / नहीं

NA

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member आवेदक के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से संबंध
1.	Ramesh Chandra	62	M	First Son
2.	Rajendra	37	M	Son
3.	Tajendra	34	M	Son
4.	Kapil	30	M	Son
5.	Vijendra	24	M	Son
6.	Pinki	22	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए निम्न आधार

BPL Card

(Attach Card Copy)

गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र
(प्रमाण पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें)

EWS Certificate

(Attach Certificate Copy)

आय आय को प्रमाण पत्र
(प्रमाण पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें)

Ration Card

(Attach Copy)

उपभोग्य कार्ड
(प्रमाण पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें)

Any Other

Basis/Proof

अन्य कोई प्रमाण

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु करने वाले निम्न का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रोगरहित/दवा के साथ की गई प्रमाणित सूची संलग्न
	RE - BP
	LE - IMAC
	Surgery - (RE) EICL + POL

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली जा रही है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED एक वर्ष सहायता राशि
1.	SCCH	

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा घोषणा करें)

- 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.
- 4) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रस्ताव में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई कथित एवं कथित सत्यता दावा है तो मेरी जानकारी के अनुसार सत्यता दावा है।
- 5) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता को "उद्देश्य" के लिए ही प्राप्त करूँगा, जो इस प्रस्ताव में बताया गया है।
- 6) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता को प्राप्त करने के लिए या इस सहायता का उपयोग करने के लिए किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न मिलेगा और न ही भविष्य में मिलेगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक 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/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 प्रस्ताव पर मेरी हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी हस्ताक्षर की पुष्टि करता हूँ कि मैं "उद्देश्य" के लिए ही सहायता प्राप्त करूँगा, जो इस प्रस्ताव में बताया गया है, और मैं इस सहायता को "उद्देश्य" के लिए ही प्राप्त करूँगा, जो इस प्रस्ताव में बताया गया है।
- 4) मैं (अर्शक) और मैं इस सहायता को प्राप्त करने के लिए या इस सहायता का उपयोग करने के लिए किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न मिलेगा और न ही भविष्य में मिलेगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
अर्शक के हस्ताक्षर या बाएं थंब प्रिंट

अर्शक के हस्ताक्षर या बाएं थंब प्रिंट

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमति)

- By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patients 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) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता को प्राप्त करने के लिए या इस सहायता का उपयोग करने के लिए किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न मिलेगा और न ही भविष्य में मिलेगा।
 - 4) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता को प्राप्त करने के लिए या इस सहायता का उपयोग करने के लिए किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न मिलेगा और न ही भविष्य में मिलेगा।
 - 5) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता को प्राप्त करने के लिए या इस सहायता का उपयोग करने के लिए किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न मिलेगा और न ही भविष्य में मिलेगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

अर्शक के लिए अनुमति

Dr. Ashwini Kumar

MBBS MS FICO

Reg. No. 66028

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

हॉस्पिटल के नाम व हस्ताक्षर व मुद्रा

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

हॉस्पिटल के नाम व हस्ताक्षर व मुद्रा

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अर्शक के लिए)

SIGNATURE of TRUSTEE 1
अर्शक 1

अर्शक 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
अर्शक 2

अर्शक 2