

C19/01/0316

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

210119/0991

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

22/01/19

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Kiran Devi

AGE-YEARS आयु-वर्ष

52

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/सहोदर का नाम

D/o - Mahender Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Vill - Jethra, Sahar Khurd

Dist - Aligarh U.P. 202124

(PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता)

Same as above



PASTE PHOTO HERE

Preop Postop

(0991) Kiran Devi

OCCUPATION :

व्यवसाय

House wife

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

NA

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. स्थायी 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 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.	Jayveer Y	60	M	Husband
2.	Nafsan	31	F	Daughter
3.	Pradeep	25	M	Son
4.	Ranjeet	21	M	Son

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) 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
	RE - IMAC
	LE - MAC
	Surgery - (LE) Sily + Tol

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 सी गई सहायता राशि
1.	SCEH	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा यह:

- 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाय है तो मेरी सहमति निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी राशि है, उसका उपयोग उम्मीदवार की पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि बिना साहाय्य हेतु यह प्रयोजन की गई है, उस राशि का अधिक या समतुल्य किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस कंपनी से न जो लिया 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/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 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 प्रकार जो अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति और स्वीकृति करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" और उसके ट्रस्टीयों को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में शामिल है, उसे "कोशिका" द्वारा मंचनी, दान, साधकता हेतु इत्यादि से जुड़ी विविधियों और जानकारी के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरी इच्छा के बिना या बिना मेरे जाने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" या मंचनी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि साहाय्य के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे स्वतः साहाय्य का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उम्मीदवारों को दिये गये निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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 मंचनी/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय साहाय्य हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।
- 1) कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय साहाय्य किसी और सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उम्मीदवार के लिये मांग रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विनिर्देश प्राप्त की माध्यम से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा साहाय्य बिना अंतिम/अवकाश हेतु मंचनी नहीं किया जाय है तो अस्पताल किसी अन्य सारकारी संस्थान या किसी अन्य माध्यम से साहाय्य लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्वीकार किया जाय है कि अस्पताल वित्तीय मदद उम्मीदवारों हेतु किसी और सारकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थान से नहीं लेता/लेती।
 2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी साहाय्य कोषावधि प्रकृति की है। रोगी का हस्पताल द्वारा ही मांग जाय या बिना गरीब उपचार/प्रक्रिया का सुलभ होने पर हस्पताल को सेवा का विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुलभ और करने वाले की पूरी जिम्मेदारी हमारे पास है। रोगी और "कोशिका" को कोई सुझाव या सिफारिश हम मंचनी में नहीं करते।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Dr. Ashwini Kumar

स्वीकृति के लिए संस्तुति

MBBS, MS, FICO

Reg. No. 66028

Time.....

Date.....

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

डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

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

नाम व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नामो हस्ताक्षर 1

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामो हस्ताक्षर 2

[Signature]