

C19/01/0062

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या: V/0119/0996		APPLICATION DATE: 22/01/19 आवेदन तिथि	
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम Amar Singh		AGE-YEARS आयु-वर्ष 61	SEX लिंग M
FATHER/SPOUSE'S NAME: पिता/सहोदर का नाम Sh. Devi Ram			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता Sabajadpur, Meerut, Uttar Pradesh Dist - Meerut, U.P. 201001		 Preop Postop (0996) Amar Singh	
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता			
Same as above			
OCCUPATION: व्यवसाय Unemployed	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) NA		
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय NA		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न) NA	
PAN No. क्या खाता संख्या			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता 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
1.	Rajan Shri	52	F
2.	Sanjay	29	M
3.	Nirmala	26	F
4.	Rajkumari	23	F
5.	Laxmi	19	F
6.	Meerut	14	F
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) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे गये विनती का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रीतिवेदन सूची संलग्न		
	RG - IMAC		
	LG - IMAC		
	Surgery - (RE) Sica + 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 है गई सहायता राशी	
1.	SCEH		

DECLARATION by APPLICANT: (अर्श्वक 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 amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य अथवा असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से सहायता प्राप्त की है, इसका उपयोग इसी उद्देश्य के लिए किया जाएगा, जो इस फॉर्म में माँगा गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह अर्श्वक नहीं किया है, इस उद्देश्य का आर्थिक या सफल हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्श्वक 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 फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान देकर, मैं (अर्श्वक) अपनी स्वीकृति देता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस फॉर्म में घोषित हैं, उन्हें "कोशिका" दम्पन, पत्र, प्रसारण, दूरदर्शन से सुदीर्घावधि और उदात्तियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने में निरर्थक नहीं है। मैं इसका विवरण मेरे हस्ताक्षर के पत्रों या कार्डों के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व भरोदारों को अधिकृत करता हूँ।
- 2) मैं (अर्श्वक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित करने के लिए सहायता का प्रसारण नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" दम्पन भरोदारों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्श्वक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

अमर सिंह

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.
- इससे अधिकृत, हमारे द्वारा यहाँ दिये गये हस्ताक्षर/अंगूठे के "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।
- 1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता स्रोत या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/पावले में लेने या ले रहे हैं, बल्कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विनियमन प्राप्त के माध्यम से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनियमन अंततः अस्वीकार/अस्वीकार्य होगा, तो हमें सहायता स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि के साथ हम घोषणा करते हैं कि हमारे पास किसी भी अन्य स्रोत या किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि के साथ हम घोषणा करते हैं कि हमारे पास किसी भी अन्य स्रोत या किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से भी कोई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमारे पर हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या बिना हमारे उपचार/प्रक्रिया का चुनाव करते हैं एवं हस्पताल को और का विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में कोई भी हस्ताक्षर भुगतान और जाने जाने की पूरी जिम्मेदारी हमारे पास होगी और "कोशिका" को कोई भुगतान या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Dr. Ashwini Kumar

MBBS, MS, FICO

Reg. No. 66028

Time

Date

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

डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

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

नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी



FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

भरोदा हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

भरोदा हस्ताक्षर 2

[Signature]

[Signature]