

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: 1/0219/1094
आवेदन संख्या: 1/0219/1094

APPLICATION DATE: 08/02/19
आवेदन तिथि: 08/02/19

NAME of APPLICANT: Chandrapal
आवेदक का नाम: Chandrapal

AGE-YEARS आयु-वर्ष: 60
SEX लिंग: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: s/o Liladhar
पिता/कन्या का नाम: s/o Liladhar

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Vill - Pandana, Po - Bhadrasani

District - Mathura, U.P. 281204

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

SAME as above



Preop Postop

(1094) Chandrapal

OCCUPATION: Farmer
व्यवसाय: Farmer

TOTAL ANNUAL INCOME: 21500/-
कुल वार्षिक आय: 21500/-

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न करें) NA

PAN No. स्थायी 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 हां / 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.	Ramwati	55	F	Wife
2.	Lalo	24	M	Son
3.	Babu	21	M	Son
4.	Rajul	19	M	Son
5.	Meena	17	F	Daughter
6.	Kupa	14	F	Daughter
	Chandran	12	F	Daughter

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) 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 विनति का उद्देश्य:

Medical Reports/Prescriptions Attached
अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न

Sr. No. क्रम संख्या	
	RE - IMSC
	LE - IMSC
	Surgery - (RE) SICCS + IOL

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 कौन सी सहायता मिली
	SCCH	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदन करने वाले का: 13:

- 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 बताना हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच नहीं मानता या यह बात है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर गंभीरतापूर्वक "कोशिका फाउंडेशन", से सहायता का हक है, इसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस फॉर्म में बताना है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं इस सहायता से न तो भविष्य में और न ही वर्तमान में किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो सहायता हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन करने वाले)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 is in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रकार मैं अपने हस्ताक्षर या मुद्रा के द्वारा स्वीकार करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" और इसके ट्रस्टियों को मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस फॉर्म में दी गई हैं, जिनके "उद्देश्य" के लिए मैं सहायता प्राप्त कर रहा हूँ। मैं "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्राप्त करने के लिए किसी भी प्रकार का माध्यम से प्रचारित करने के लिए स्वीकार करता हूँ। मैं इस बात का विचार नहीं करता कि सहायता के बाद मैं अपने नाम के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता प्राप्त करूँगा।

2) मैं (आवेदनकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना सहायता के उद्देश्यों से प्रचारित है। मैं स्वीकार करता हूँ कि सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा उद्देश्यों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदन करने वाले का हस्ताक्षर या बाएँ 엄지 انگुठा का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर करने वाले)**

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 अतिथि, रोगी को और से सहायता के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में किसी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता प्राप्त करने का अधिकार होगा। यदि "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता प्राप्त करने के लिए हमें सहायता नहीं मिलती है, तो हमें सहायता प्राप्त करने के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने का अधिकार होगा। यह सुनिश्चित करने के लिए कि हमारे पास वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने का अधिकार होगा।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या रोगी के परिवार के चिकित्सा प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का निर्णय नहीं लिया जाता है। इसलिए हस्पताल में रोगी के स्वास्थ्य सुख और अन्य बातों को ध्यान में रखते हुए रोगी और "कोशिका फाउंडेशन" को कोई भी निर्णय या निर्णय नहीं होगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए सिफारिश

Dr. ABHISHEK HANDA

MCI No.-09-88572

Sign

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

डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर या मुद्रा

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

नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायी हस्ताक्षर 2