

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या : 1/0219/1096

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि 08/02/19

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Hakim Singh

AGE-YEARS आयु-वर्ष

60

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कटुम्ब का नाम

3/o Sahav Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Vill - Pandawa, Post - Bhodadani;

Dist - Mathura, U.P. 281004

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

Same as above



Preop Postop

(1096) Hakim Singh

OCCUPATION :

व्यवसाय

Farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

21500/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

NA

PAN No. इत्यादि 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 लगायें)

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.	Rajkumari	53	F	wife
2.	Omveer	29	M	son
3.	Dhyanveer	24	M	son
4.	Bhupendra	21	M	son
5.	Rahul	18	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) 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 विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	KE - IMSC
	LE - IMSC
	Surgery - (LE) 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 लई गई सहायता राशी
	SCCH	

DECLARATION by APPLICANT: (अर्क्षक 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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण झूठ या कथम असत्य साबित पाया जाये तो मेरी प्रार्थना प्रपत्र को खारिज कर दिया जा सकता है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउण्डेशन", को यदि मैं सहायता प्राप्त करूँगा तो मैं उसे केवल उद्देश्य के लिए ही प्रयोग करूँगा, जो इस प्रपत्र में बतलाने के लिए है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में कोई भी अन्य स्रोत/रोजगार/बिमा कंपनी से न कोई रिफंड ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्क्षक द्वारा सहमति)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's 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 it's activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfilment 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या बाएँ की उंगली का छाप लगाकर, मैं (अर्क्षक) अपनी स्वीकृति देता हूँ कि "कोशिका फाउण्डेशन" और इसके भरोदारों को मेरी स्वीकृति के बिना मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, जो "कोशिका" द्वारा या उनके द्वारा, या, कचन/प्रकाश द्वारा इत्यादि से मुझे प्रचारित करने के लिए उपयोग कर सकते हैं। मेरी स्वीकृति के बिना मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण के बिना मेरे नाम से मेरे नाम के लिए "कोशिका फाउण्डेशन" से नाम की स्वीकृति है।
- 2) मैं (अर्क्षक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उपरान्त मेरे अधिकार हैं मुझे सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उनके भरोदारों को निर्णय लेना और सहायता देना होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्क्षक के हस्ताक्षर या बाएँ की उंगली का छाप

हार्दिक मलिक

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा सहमति)

- 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 it's 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- इससे अधिकृत, हमारा यहाँ की उंगली का छाप लगाकर, हम (हस्पताल) निम्न प्रपत्र को सहायता के लिए स्वीकार करते हैं, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रपत्र के बिना न स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में किसी भी सहायता के लिए स्वीकार करने के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार है, जो कि हमें "कोशिका फाउण्डेशन" से सहायता के लिए स्वीकार करने के लिए है। यदि "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें सहायता के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार है। इस प्रपत्र में स्वीकार किया जाता है कि हमारे पास किसी भी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार है।
 2. "कोशिका फाउण्डेशन" से कोई भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमारे पास सहायता के लिए स्वीकार करने का अधिकार है, जो कि हमारे पास है और "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा स्वीकार करने का अधिकार नहीं है। हमारे पास सहायता के लिए स्वीकार करने का अधिकार है और "कोशिका" को कोई भी सहायता के लिए स्वीकार करने का अधिकार नहीं है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए सिफारिश

Dr. ABHISHK HANDA

MCI No. 00-35672

Sign.

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

डॉक्टर का नाम व इलाका व दिनांक

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

नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अन्तर्गत उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1

भरोदार 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

भरोदार 2

Dr. Singh

Dr. Singh

