

C19/02/0155

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

V/0219/1120

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

11/02/2019

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Hari Singh

AGE-YEARS आयु-वर्ष

70

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

Dhantali

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता

Awanni chowk, Madh

DISTRICT Mathura, U.P., 281301

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवास पता

Same as above

OCCUPATION :

व्यवसाय

Labourer

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

NA

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

(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 पayer हैं (को 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	Bekimthi	63	F	wife
2	Satyaveer	37	M	Son
3	Rajkumar	33	M	1)
4	Dhampal	30	M	1)
5	Ramveer	26	M	1)

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) 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
	KE - IMSC
	LE - IMSC
	Surgery - (E) STCS + IOL

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 राशी
1.	SCM	

DECLARATION by APPLICANT (अर्शक द्वारा घोषणा):

- I hereby declare that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance for rejection/cancellation.
- I solemnly declare 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.
- I hereby declare 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 for which this assistance is requested.
- मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रस्ताव में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना गया होता है तो मेरी प्रस्ताव निरास की जा सकेगी।
- मैं इस बात का समझता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रस्ताव में परत गया है।
- मैं पुनः घोषणा हूँ कि मैं इस प्रस्ताव हेतु या उसके बाद कोई भी, इस प्रति का अधिकतम या अधिकतम हिस्सा किसी अन्य संगठन/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा सहमत):

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-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.
- 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.
- इस प्रस्ताव पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायी-सदस्य" को अधिकृत किया है कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रस्ताव में उल्लिखित हैं, उसे "कोशिका" एमएन एनडी, दूर, दूरदर्शन द्वारा उत्प्रेषण से मुझी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सम्पन्न से प्रचारित करने के लिये अधिकृत है। मेरी प्रस्ताव का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पत्रों या पत्रों के लिये "कोशिका फाउंडेशन" या न्यायी अधिकृत है।
- मैं (अर्शक) इस बात से समझता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि प्रस्ताव के उत्प्रेषण से प्रसारित हैं उनसे स्वतः प्रस्ताव का प्रचारण नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एमएन एनडी न्यायियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा सहमत):

- 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:
- 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.
 - 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, हमारा ही और से मान्यताप्राप्त को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त की प्रस्ताव में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा परत हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" इस सहायता निषेधित अधिकृत/प्रस्ताव हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकृत सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि प्रस्तावित वित्तीय मदद प्राप्त होगी यदि किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं प्राप्त होगी।
 - "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्राप्त वित्तीय प्रकृति की है। ऐसा या हस्पताल द्वारा की गई सहायता या निषेधित एवं उपलब्धता का चुनाव केवल ही हस्पताल के बोध का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा दिये गए मदद को हस्पताल में प्रेषित के हस्ताक्षर सुरक्षित और अपने अपने की गति निषेधित होती एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भुवि का निषेधित इस प्रस्ताव में नहीं होगी।

Dr. PRIYA AGRAWAL
MCI No.-58417
Sign:

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिये संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख
13/02/19

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व मुद्रा

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यायी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायी हस्ताक्षर 2