

C18/12/0691

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		Koshika foundation Building block of life.		
APPLICATION No.: 1121/1121 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 12/02/2019 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT: Jese Ram आवेदक का नाम		AGE-YEARS मातृ-वर्ष 63	SEX लिंग M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Roshan Singh पिता/कटुण्य का नाम				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता				
Vill+po- Ahnauha				
Distt- Aligarh, U.P., 202135				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता		Precop Postop (1121) Jese Ram		
Same as above				
OCCUPATION: Farmer व्यवसाय				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)
TOTAL ANNUAL INCOME: 20000/- कुल वार्षिक आय				(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न करें) NA
PAN No. स्वयं छाता संख्या		Yes / No हां / नहीं ✓		
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (को मान्य हो उस पर सही का निशान लगावे।)				
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.	Kamlesh Chauhan	60	F	WIFE
2.	Neeraj	29	F	DAUGHTER
3.	Love Kaur	24	M	SON
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) 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			
	RE - IMSC			
	LE - IMSC			
	Surgery - (LE) SICL + 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 ली गई सहायता राशी		
1.	SCCH			

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनकर्ता द्वारा घोषणा:

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान दया जाता है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को सख्त तौर पर "बोद्धित" करता हूँ, कि यदि मेरी मदद, मेरी जानकारी के अनुसार, केवल इस उद्देश्य के लिए मिलेगी, जो इस फॉर्म में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनकर्ता द्वारा सहमति)

- 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 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 फॉर्म पर मेरी हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर, मैं (आवेदनकर्ता) यहाँ पर सहमत और अधिकृत करता हूँ कि "बोद्धित" आधार पर मेरी मदद के लिए मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस फॉर्म में दिये जा सकते हैं, जो "बोद्धित" नाम, पता, फोटो/चित्र आदि के माध्यम से वितरित करने के लिए उपयोग किया जा सकता है।
- 2) मैं (आवेदनकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण के बिना किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदनकर्ता के हस्ताक्षर या बायाँ 엄지 انگुठा का निशान

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 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, इस प्रकार की सहमति के बिना "बोद्धित" आधार पर मेरी मदद के लिए मेरा नाम, पता, फोटो/चित्र आदि के माध्यम से वितरित करने के लिए उपयोग किया जा सकता है।
- 1) मैं यहाँ पर घोषणा करता हूँ कि मैं (हस्पताल) किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।
 - 2) "बोद्धित" आधार पर मेरी मदद के लिए मेरा नाम, पता, फोटो/चित्र आदि के माध्यम से वितरित करने के लिए उपयोग किया जा सकता है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE अनुमोदित के लिए संस्तुति	
Date of Surgery ऑपरेशन का तिथि 13/02/19	Dr. PRIYA AGRAWAL MCI No-58417 Sign: <i>Priya</i> (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व मुद्रा
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION	
SIGNATURE of TRUSTEE 1 आवेदक 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 आवेदक 2