

19/02/2019

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

V/0219/1164

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

18/02/19

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Anguri Devi

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

59

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/सहोदर का नाम

D/O - Ramwaroop

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

Krishna Vihar Colony, Sikandra RaB

DIST - Hathras, U.P. 204215

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता

same as above



Preop Postop
(1164) Anguri Devi

OCCUPATION:

व्यवसाय

House wife

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

NA

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य सिलाना)

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 लगावे)

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	Veeri Singh	65	M	Husband
2	Bansi	30	M	SON
3	Pawan	28	M	SON
4	Mamta	25	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विधि 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) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये चिकित्सीय उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RF - IMSC
	IP - IMSC
	Surgery - (IP) SICS + 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 सी गई सहायता राशि
1	SCFH	

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 expenses for which this assistance is requested.

1) मैं यहाँ पर प्रमाण दे रहा हूँ कि इस प्रमाण पत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं सत्य प्रमाण पाया जाता है जो मेरी खसमस विवरण की खसमस है।

2) मैं यहाँ पर प्रमाण दे रहा हूँ कि यदि मुझे कश्कि फाउंडेशन से सहायता मिलती है, तो मैं उसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही उपयोग करूँगा, जिस उद्देश्य के लिए मैंने इस सहायता की मांग की है।

3) मैं यहाँ पर प्रमाण दे रहा हूँ कि मैंने या भविष्य में मैंने, किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से, जिस उद्देश्य के लिए मैंने इस सहायता की मांग की है, के लिए किसी भी प्रकार की रकम का भुगतान नहीं किया है और न ही भविष्य में करूँगा।

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 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.

[illegible]

2) ये (आपरेक) इस बात से साबित हैं कि मंग, मरु, चट्टी और विषाख से कि सागना से ज़रूरतों से प्रभावित है मुझे माला, महाना का प्रकटार गरी भवता। इस सम्बन्ध में "कौशिक" दम्भ प्रमाणों का निर्णय मजिस्ट और सम्बन्धित होता।

आपके एक से अधिक पत्रों का संग्रहीत किया जाएगा

AGREEMENT by HOSPITAL (FISHB) (2010)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.

१) यह कि न केवल पत्रिका को ही बल्कि समाजवादी को "संविधान सम्मानित" से विभिन्न सभाओं में निवेदन की जाती है, जिसे पूरा (हस्ताक्षर) नियम प्रसार से राज्य व स्वीकार करते हैं।

[illegible]

2. "कॉलेजियल प्रमाणपत्र" से ही यह प्रमाण लेना निर्धारित प्रक्रिया नहीं है। ऐसे या इसप्रकार द्वारा ही यह प्रमाण या दिने गये दस्तावेज़/प्रमाण का प्रमाण लेने एवं प्रमाणित करने का निर्धार है और "कॉलेजियल प्रमाणपत्र" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रमाण नहीं है। इसलिये हमप्रकार से देखी कि इसका प्रमाण और जाने जाने की गति विधेयही देखी एवं प्रमाणित की जाती है। "कॉलेजियल" की गति प्रमाण या विधेयही इस प्रकार है।

Dr. PRIYA AGRAWAL
No. 58417

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

भग्यीश्वरी के लिए संस्तुति

Date of Surgery
admitted with infection

8

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

आपका यह मन है इच्छा है और है

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

मानव व पशु स्वास्थ्य अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

स्वच्छता दिवस

SIGNATURE OF TRUSTEE 1

Figure 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी इत्यादि २