

19/02/2020

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
(Healthcare)

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

V/0219/1178

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

19/02/19

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Ranavir

AGE-YEARS आयु-वर्ष

65

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

S/o Shyam Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

H.N:- 0223, Chankdela,

Distt:- Mathura, U.P. 281306

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

same as above

Preop Postop
(1178) Ranavir

OCCUPATION :

व्यवसाय

Farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

21000/-

(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 दाखल हैं (जो 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-	Seeta Devi	58	F	Wife
2-	Dammendra	40	M	Son
3-	Sonvika	35	M	Son
4-	Manju	37	F	Daughter

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) 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 इस पर सहायता राशी
1-	SCHF	

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा घोषणा पत्र)

- 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 प्रकार में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई निवारा एवं भुगतान मांगना पड़ता है तो मेरी सहायता निवारा को या सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी राशि है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकार में मांग गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु यह धन्यता को नहीं दूँ, जो इस राशि का अधिकृत या समतुल्य किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से या जो निवारा है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक 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 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.
- 1) इस प्रकार पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ सहमत हो रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार में प्रयोग है, जैसे "कोशिका" दवा, भोजन, दवा, चिकित्सा दवा इत्यादि से मुझे भौतिक/वित्तीय और वस्तुनिष्ठों के लिये किसी भी प्रकार सहायता से प्रभावित करने के लिए अधिकृत है। मेरी इसका विवरण मेरी इसका के लिये या कर में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से भौतिक/वित्तीय और वस्तुनिष्ठों के लिये किसी भी प्रकार सहायता से प्रभावित करने के लिए अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रभावित है मुझे सहायता का इकट्ठा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" दवा, भोजन, दवा, चिकित्सा दवा इत्यादि का निर्णय अधिकृत और सम्भवकारी होता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक को हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

2 नवीन सिंह

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.
- हमने अधोलिखित, हस्ताक्षर को और से अनुमोदित को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/करने में लगे या तो नहीं है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/प्रस्तावित उपाय के माध्यम में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता निवारा नहीं भौतिक/वित्तीय हेतु प्रदान नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य या सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत/रोगी का अधिकृत सुविधा रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट पता जाता है कि हस्पताल द्वारा प्रदान उपाय रोगी/रोगी हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/करेगा।
 2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता भौतिक वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा से यह सहायता या बिना परे उपचार/प्रक्रिया का भुगतान करें एवं हस्पताल को बीमा का निष्पत्ति है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को हस्ताक्षर सुविधा और करने करने को लगे विधेयता रोगी एवं हस्पताल को रोगी और "कोशिका" को नहीं सुविधा या विधेयता इस प्रकार में नहीं होगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 20/02/19	(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व छाप <i>Dr. Pooja Arora</i> MCI No-35571	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी <i>Dr. S. S. Singh</i> Adminstrator
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अनधिकृत उपयोग हेतु		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोसे इलाका 1 <i>Safarpur</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोसे इलाका 2 <i>S. S. Singh</i>	