

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

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

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

V/0219/1183

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

19/02/19

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Gangadass

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

74

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कटुम्भ का नाम

S/o Hanidass

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Vill - Puri, PO - Vohary

Distt - Mathura U.P. 281002

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

Same as above



Preop Postop

(1183) Gangadass

OCCUPATION:

व्यवसाय

Farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

18000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न) NA

PAN No. स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर दाखल हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न 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 सम्बंध
1-	Nemwati	60	F	Wife
2-	Dajkumar	40	M	Son
3-	Ramesh	38	M	Son
4-	Lata	36	F	Daughter
5-	Ramesh Kumar	32	M	Son
6-	Selma	31	F	Daughter
7-	Devendra	29	M	Son
8-	Seela	28	F	Daughter
9-	Ramesh	27	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशन 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
1-	RE - IMSC
2-	LE - IMSC
3-	Surgery - RE 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-	SCCH	

DECLARATION by APPLICANT (आवेदन करने वाले व्यक्ति)

- 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 & or 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 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 for which this assistance is requested.

- 1) मैं यहाँ बताना हूँ कि इस आवेदन में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं/या सहायता प्राप्त करने हेतु मेरी सहायता निम्नलिखित उद्देश्य के लिए है, तो मैं यहाँ बताना हूँ कि मैं इस सहायता को केवल उक्त उद्देश्य के लिए ही उपयोग करूँगा/करूँगी।
- 2) मैं यहाँ बताना हूँ कि मैं इस सहायता से किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन करने वाले व्यक्ति)

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 या जहाँ आवश्यक हो मैंने अपने नाम, पता, फोटो और/या सहायता प्राप्त करने के उद्देश्य के लिए "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत कर दिया है कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और/या सहायता प्राप्त करने के उद्देश्य के लिए "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को सहायता प्राप्त करने के लिए प्रचारित कर सकेंगे। मैंने इस प्रकार या जहाँ आवश्यक हो मैंने अपने नाम, पता, फोटो और/या सहायता प्राप्त करने के उद्देश्य के लिए "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत कर दिया है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और/या सहायता प्राप्त करने के उद्देश्य के लिए "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को सहायता प्राप्त करने के लिए प्रचारित कर सकेंगे। मैंने इस प्रकार या जहाँ आवश्यक हो मैंने अपने नाम, पता, फोटो और/या सहायता प्राप्त करने के उद्देश्य के लिए "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत कर दिया है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या बाएँ 엄지 انگुठा का निशान

जगदीश

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

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.

हमने यहाँ, हमारे अधिकृत अधिकारी के हस्ताक्षर के द्वारा, निम्नलिखित बातों का स्वीकार किया है कि हम (हस्पताल) निम्नलिखित बातों का स्वीकार करते हैं:

- 1) यह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए हमें किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए प्रचारित करने की आवश्यकता है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा हमें वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए प्रचारित करने की आवश्यकता है, तो हमें "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा हमें वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए प्रचारित करने की आवश्यकता है।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त वित्तीय सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा चलाये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुझा और उसे करने को सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख	Dr. PRAKASH AGRAWAL MCI No. 58411 (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 के अधिकृत अधिकारी
------------------------------------	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
<i>Safaryal</i>	<i>Shroff</i>