

C19/02/0317

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

4/0219/1191

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

20/02/19

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Mahadevi

AGE-YEARS आयु-वर्ष

60

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कटुम्ब का नाम

D/o Hari Ram

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता

Nagla Mathuriya, TCH - Mahadevi

Dhdt Mathura, U.P. 201303

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवास पता

same as above



Preop Postop

(1191) Mahadevi

OCCUPATION :

व्यवसाय

House wife

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

NA

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न करें)

NA

PAN No. स्थाई 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 लगाएं)

Yes / No

हां / 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 संबंध
1.	Neki Ram	55	M	Husband
2.	Pushpa	30	F	Daughter
3.	Chandni	28	F	Daughter
4.	Varnika	27	F	Daughter
5.	Janaki	24	F	Daughter
6.	Jeetendra	21	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा 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
	KE - IMSC
	LE - IMSC
	Surgery - (KE) SURS + JOL

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 राशी
1.	SCEH	

DECLARATION by APPLICANT: (अर्हक 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 expenses for which this assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान दिया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं किसी अन्य स्रोत से या भविष्य में किसी भी स्रोत से इस सहायता के लिए कोई भी भुगतान नहीं करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्हक 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 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 प्रपत्र पर मेरा हस्ताक्षर या बायाँ हाथ का छाप लगाकर, मैं (अर्हक) यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को सक्षम करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में बताये गये हैं, जो "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मुझे सहायता देने के लिये दिये गये हैं।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउन्डेशन" के ट्रस्टियों के द्वारा सहायता देने के लिये इस्तेमाल किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्हक के हस्ताक्षर या बायाँ हाथ का छाप

अर्हक

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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से यहाँ घोषणा की जाती है कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से सहायता का स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि हम या हमारे भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता नहीं ले सकते हैं, जो कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त करने के लिये है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अपने आप से सहायता प्राप्त करने के लिये किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है।
 - 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता मिले, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमारे द्वारा रोगी के उपचार/प्रक्रिया का चुनाव हमारे एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी भी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। हमारे द्वारा रोगी के उपचार/प्रक्रिया और उसके फल का हमें पूर्ण ज़िम्मेदारी होती है और "कोशिका फाउन्डेशन" को कोई भी भुगतान या ज़िम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृति के लिये घोषणा

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 21/02/19	Dr. PRIYA AGRAWAL MCI No. 58417 Sign (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	Signature of Authorised Signatory on behalf of Hospital हमारे पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी के लिये
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2