

19/02/2013

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

19/02/1197

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

20/02/19

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Rajjo Devi

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

65

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME

पिता/सहोदर का नाम

o/o Rampdasad

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Vill - Sarey Sahaban

Taluk - Mathura Distt - 281301

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

Same as above



Prop Postop

(1197) Rajjo Devi

OCCUPATION :

व्यवसाय

House wife

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

NA

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

(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 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 सम्बंध
1.	Nihal Singh	10	M	Husband
2.	Parvati Lal	36	M	Son
3.	Devraj Singh	33	M	Son
4.	Jay Ram	30	M	Son
5.	Usha	27	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता 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
	LP - P.P.
	Surgery - (RE) SICCS + 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 राशी
1.	SCAH	

DECLARATION by APPLICANT: (अर्पणकर्ता 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 assistance 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 विवरण सत्य वास्तविकता के साथ नहीं है तो मेरी प्रार्थना निरास हो जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त की गई सहायता, जो इस प्रपत्र में उद्देश्य के लिए अनुरोध की गई है, केवल उद्देश्य के लिए ही प्रयोग की जा सकती है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो सहायता प्राप्त कर रहा हूँ और न ही भविष्य में करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पणकर्ता द्वारा स्वीकार):

- 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 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या मुद्रित छाप लगाकर, मैं (अर्पणकर्ता) अपनी स्वीकृति की घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" और इसके "वार्डन" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में प्रकाशित करें, जो "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा अनुरोध की गई सहायता के लिए है, जिसके माध्यम से वे मेरी सहायता प्राप्त करने के लिए मेरी छवि और विवरण का उपयोग कर सकते हैं। इस उपयोग का उपयोग कोशिका फाउंडेशन द्वारा मेरी उपचार या उद्देश्य के पूर्ण होने से पहले या बाद में किया जा सकता है।
- 2) मैं (अर्पणकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा अनुरोध की गई सहायता के लिए उपयोग करने से मेरी सहायता प्राप्त करने का कोई भी अधिकार नहीं होगा। कोशिका फाउंडेशन के वार्डन का निर्णय मेरी सहायता प्राप्त करने के लिए अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

अर्पणकर्ता के हस्ताक्षर या मुद्रित छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा स्वीकार):

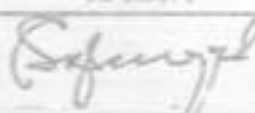
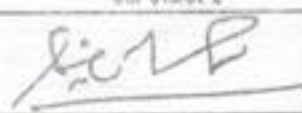
- By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any 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.
- हमारे अधिकृत हस्ताक्षरकर्ता की ओर से यहाँ दिये गए हस्ताक्षर के द्वारा, हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं:
- 1) कि हम न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता प्राप्त करने का अनुरोध कर रहे हैं, जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए अनुरोध किया जा रहा है, जहाँ तक कि कोशिका फाउंडेशन द्वारा सहायता प्रदान की जाती है। यदि कोशिका फाउंडेशन द्वारा अनुरोध की गई सहायता, पूरी या आंशिक रूप से, कोशिका फाउंडेशन द्वारा नहीं प्रदान की जाती है, तो हमें अपने वित्तीय अंतर को किसी अन्य स्रोत से पूरित करने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस घोषणा का अर्थ यह है कि कोशिका फाउंडेशन द्वारा अनुरोध की गई सहायता के लिए हमें किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता प्राप्त करने की आवश्यकता नहीं होगी।
 - 2) "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त की गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का उपचार इस बात पर निर्भर करता है कि रोगी और हस्पताल के बीच क्या व्यवस्था है। कोशिका फाउंडेशन द्वारा सहायता प्रदान करने का कोई भी निर्णय कोशिका फाउंडेशन के वार्डन के द्वारा ही लिया जाएगा। इसलिए, हस्पताल को रोगी के उपचार के लिए पूर्ण और अंतिम जिम्मेदारी देनी होगी और कोशिका फाउंडेशन को इस मामले में कोई भी भूमिका नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए प्रस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 21/02/19	 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.	 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अन्तर्गत उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 वार्डन हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 वार्डन हस्ताक्षर 2 
---	---