

C19/02/0367

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika
foundation
Building block of life.APPLICATION No.:
आवेदन संख्या: V/0219/1206APPLICATION DATE:
आवेदन तिथि 22/02/19NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम Kiran DeviAGE-YEARS आयु-वर्ष 67
SEX लिंग FFATHER'S/SPOUSE'S NAME:
पिता/सहोदर का नाम N/A Heema Lal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Faridampur Bangar

Distt - Mathura, U.P. 281203

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

Same as above



Pecop Postop

(1206) Kiran Devi

OCCUPATION:
व्यवसाय House wife

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय NA(Attach Proof of Income)
(आप का आय प्रमाण) 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 चिह्न 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 सम्बन्ध
1.	Rajendra Singh	74	M	Husband
2.	Kumarpal	40	M	Son
3.	Vijay	38	M	Son
4.	Digambar	36	M	Son
5.	Rajwanti	32	F	Daughter
6.	Samant	29	F	Daughter

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
	RE - IMSC
	LE - IMSC
	Surgery - (LE) SICCS + 101

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	

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा कथित):

- 1) I hereby declare 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 suspension/revocation.
- 2) I solemnly declare 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 there will be no 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 कथित हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य मान्य सत्य सत्य सत्य है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ कथित हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस फॉर्म में मांग किया गया है।
- 3) मैं यहाँ कथित हूँ कि मेरे पास भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो रिफंड है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कथित)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/republish 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 फॉर्म पर मेरी हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ कथित हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस फॉर्म में दर्ज हैं, उसे "कोशिका" द्वारा नाम, पता, फोटो/विवरण के माध्यम से दानों को जुटाने के लिए और/या कोशिका फाउंडेशन के गतिविधियों/उपलब्धियों के बारे में जानकारी को प्रसारित करने के लिए उपयोग करे। मेरी जानकारी का उपयोग मेरी उपचार के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के अधिकृत अधिकारी कर सकते हैं।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउंडेशन" के ट्रस्टियों के द्वारा प्रसारित किया जा सकता है। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा दानों को जुटाने का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कथित)

- 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, हस्ताक्षर की ओर से हमारे-हमारे 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 हमारे-हमारे और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त होने का दावा है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त की सहायता में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता निरस्त अतिरिक्त/अन्य स्रोत से प्राप्त नहीं किया जाता है तो हमारे-हमारे किसी अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता नहीं। यह स्वीकार्य प्रतीति रखता है। इस दस्तावेज़ में स्पष्ट कहा जाता है कि हमारे-हमारे वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए सहायता संगठन से नहीं संभव है।
 2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमारे-हमारे द्वारा जो भी सहायता या निर्णय हमारे-हमारे द्वारा प्रदान की गई सहायता को मान्य है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। हमारे-हमारे द्वारा जो भी सहायता प्राप्त की जाती है और "कोशिका" को कोई दायित्व या जिम्मेदारी इस संबंध में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Dr. PRIYA AGRAWAL
MCI No.-58417
Sign.....

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डाक्टर का नाम व इसका नं. एवं छाप

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी



FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आंतरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1
आस्था 1 हस्ताक्षर

SIGNATURE of TRUSTEE 2
आस्था 2 हस्ताक्षर