

C19/01/0043

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

V/0219/1210

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

25/02/19

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Sitararam

AGE-YEARS आयु-वर्ष

54

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

s/o Kurnilal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Jaysinghpur, Ramnagar

(Dist- Mainpuri, (UP), 206301

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

Same as Above



PASTE PHOTO HERE

Preop Postop

(1210) Sitararam

OCCUPATION :

व्यवसाय

Farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

19000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. ईयाई कार्ड संख्या

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

क्या आप आय कर दाखल हैं (जो मान्य हो उस पर तिकी 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)	Kamla	40	F	Wife
(2)	Vinod Kumar	26	M	Son
(3)				

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा 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) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये निम्नी 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 + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किन्ते 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 (आवेदक द्वारा किया गया)

- 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 cost for which this assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य प्रमाण अभाव प्राप्त होता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को गंभीरतापूर्वक "कोशिका फाउंडेशन", से सही बात बता रहा हूँ, उसका उपयोग सही उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में वर्णित है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में पूर्ण रूप से, इस या किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न तो रिफंड ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा किया गया)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-upreproduce 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 अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने स्वीकृत और अधिकृत "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में वर्णित हैं, उसे "कोशिका" नाम, पता, फोटो/छाप द्वारा इकट्ठा करने से मुझे मोटिवेशन और प्रशंसा के लिये किसी भी प्रकार का प्रयास से प्रेरित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे प्रपत्र के अंतर्गत या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या भरोसे अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है पूर्ण रूप से सहायता का इच्छा नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" नाम, पता, फोटो/छाप का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा किया गया)

- 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 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 भरोसे/स्रोत को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से स्वयं व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता स्रोत या किसी अन्य स्रोत से उपर लेनी/पान करने में होने या ले रहे हैं, बल्कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विचारित इस के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा उपर लेना कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता निगीत नहीं की जाती है तो हमें अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में हम यह घोषणा करते हैं कि अस्पताल वित्तीय पर न तो लेनी/पान करने के लिए किसी भी सहायता स्रोत या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेनी/पान करेंगे।
 - 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता वित्तीय प्रकृति की है। रोके या हस्तगत इस की भी सहायता या बिना के उपचार/प्रक्रिया का चुनाव लेने एवं हस्तगत के बीच का विचार है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी उपचार या कोई प्रकृति नहीं है। इसलिए हस्तगत में रोके के हस्तगत प्रकृति और अन्य जाने की सही निर्णय लेने का अधिकार है और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Dr. PRIYA AGRAWAL

MCI No.-58417

Sign.....

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)

नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी



Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख
26/02/2019

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायो हस्ताक्षर 1

Signature

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायो हस्ताक्षर 2

Signature