

C19/01/0042

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

V/0219/1211

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

25/02/19

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Rampurkash

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

58

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कटुम्ब का नाम

s/o Rustom Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

V.H - Chauhampur U, Po - Alay

Dist - Mainpuri, U.P. 205244

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

same as above



Pratap Postop

(1211) Rampurkash

OCCUPATION :

व्यवसाय

Farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

22,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न) NA

PAN No. स्थायी आय संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो सत्य हो उस पर सही का चिह्न 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 सम्बन्ध
(1)	Ambika Devi	56	F	Wife
(2)	Dharmendra	23	M	SON
(3)	Harvind	21	M	SON
(4)	Rajeev	16	M	SON
(5)	Anita	14	F	Daughter
(6)	Mamta	10	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रैखा 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) 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 - IMSC
	Surgery - (LE) STCS + I.OI

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 इसी गई सहायता राशी
1.	SC. EP	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक 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 amt. for which this assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कारण अवास्तविक पाया जाय तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं इससे सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से मिले या नहीं है, इसका उपयोग उन्ही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में मांग गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में नहीं है, इस राशि का प्रतिफल या छूट प्राप्त किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इन्सुरेन्स कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (सहायक द्वारा करार)

- 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 अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके त्वासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, चोटो और वो विवरण इस प्रपत्र में उल्लिखित हैं, उसे "कोशिका" एगम् त्वासी, दान, चामत्कार दूसरे उद्देश्य से कुली गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इरादों के पालने या काम में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व त्वासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, चोटो और विवरण को बिना सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे अलग: सहायता का दायरग नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एगम् दूसरे त्वासीयों का निर्णय अंतिम और मायकावी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

रामप्रकाश

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

- 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.

हस्ताक्षर, इसप्रकार की और से मायकावेदके को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सारकारी सोसल या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगीने में लेने या ले रहे हैं, बल्कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/किसी उक्त से सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मांग हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/अन्य हेतु भन्तु नहीं किया जाय तो ले अमकात किसी अन्य और सारकारी स्रोत या किसी अन्य सम्बंध से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाय है कि अमकात द्वितीय गतर उक्त रोगी/रोगीने हेतु किसी और सारकारी स्रोत या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेकावेदी।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो राई सहायता संभव वित्तीय प्रकृति की है। ऐसे का इरादाला इस री राई सहायता का निवे गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव लेने एवं हस्ताक्षर के बीच का विवरण है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायरग नहीं है। इसीसे हस्पताल में रोगी के इलाज सुझा और जल्द करने की सारी जिम्मेदारियाँ एवं हस्ताक्षर को छोड़ और "कोशिका" को कोई चुनिंदा या निर्णयवेदी इस मामले में नहीं छोड़े।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृती के लिए संस्तुति Dr. PRIYA AGRAWAL MCI No.-58417 Sign.....<i>Priya</i> (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इलाका व रजि. नं.		(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 26/02/19	FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION	
SIGNATURE of TRUSTEE 1 त्वासी हस्ताक्षर 1 <i>[Signature]</i>		SIGNATURE of TRUSTEE 2 त्वासी हस्ताक्षर 2 <i>[Signature]</i>