

C19/01/0012

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: आवेदन संख्या: V/0219/1213

APPLICATION DATE: आवेदन तिथि 25/02/19

NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम Uman Dangi

AGE-YEARS आयु-वर्ष 60
SEX लिंग M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/हस्तु का नाम S/o Gulab



PASTE PHOTO HERE
फ्रेम फोटो

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता H.No-135/150, Nag Basti, Prayagrah

निवास - Mathura, U.P. 281001

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

SAME AS ABOVE

(1213) Uman Dangi

OCCUPATION: व्यवसाय Unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय NA

(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 चिह्न लगाएं)

Yes / No
हां / नहीं ✓

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध
1	Rajma	56	F	Wife
2	Purdas	33	M	Son
3	Eshan	31	M	Son
4	Ashub	28	M	Son
5	Schit	25	M	Son
6	Sakib	21	M	Son
7	Jakib	18	M	Son
8	Schib	14	M	Son
9	Chandni	12	F	Daughter
10	Reahni	9	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) पीबी 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
	Swagun - (LE) SICS + LCL

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 इस गरी सहायता राशी
1	SOCH	

DECLARATION by APPLICANT: (अर्पणकर्ता द्वारा घोषणा करें)

- 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 amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस आवेदन में दिये गये सभी विवरण सही व सत्य हैं। यदि कोई झूठा बयान या गलत जानकारी दी गई है तो मेरी आवेदन निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कॉशिका फाउंडेशन", को जो मैं यहाँ दूँ, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के लिए ही किया जाएगा, जो इस आवेदन में माँगा गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस आवेदन हेतु माँगा गया धन, या किसी भी प्रकार का भुगतान या बीमा कम्पनी से या किसी अन्य स्रोत से नहीं ले रहा हूँ और भविष्य में नहीं लूँगा।

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/print-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 आवेदन पर अपने हस्ताक्षर या मुद्रा छापने पर मैं (अर्पणकर्ता) यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं "कॉशिका फाउंडेशन" और इसके ट्रस्टियों को मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस आवेदन में दिये हैं, जो "कॉशिका" द्वारा मेरी, मेरी पत्नी, मेरे बच्चे, मेरे परिवार या मेरे किसी भी अन्य सदस्य के प्रचारित करने के लिए उपयोग किए जाएंगे।

2) मैं (अर्पणकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि आवेदन के अंतर्गत दिये जा रहे हैं, आवेदन के अंतर्गत ही उपयोग किए जाएंगे।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्पणकर्ता के हस्ताक्षर या मुद्रा का निशान

(Signature)

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, हस्ताक्षर करने वाले और मेरे मामले/रोगी को "कॉशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश करने वाले हैं, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं:

- 1) कि हम न तो वर्तमान में और न भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी/रोगी के मामले से प्राप्त करने के लिए किसी भी अन्य स्रोत से सहायता माँगे, जो कि हमें "कॉशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए माँगा गया है। यदि "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा माँगा गया वित्तीय सहायता हमें प्राप्त नहीं होती है, तो हमें सहायता प्राप्त करने के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता माँगने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा के अंतर्गत ही हमें सहायता प्राप्त करने के लिए सहायता माँगने का अधिकार सुरक्षित रहता है।

2. "कॉशिका फाउंडेशन" से जो भी वित्तीय सहायता प्राप्त की जाएगी, वह केवल वित्तीय सहायता के लिए ही होगी। हस्पताल द्वारा रोगी के उपचार का निर्णय रोगी और हस्पताल के बीच का विषय है और "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी भी प्रकार का कोई भी निर्णय नहीं लिया जाएगा। हस्पताल के रोगी को हस्तगत करने और उनके जाने को सुनिश्चित करने के लिए हस्पताल को रोगी और "कॉशिका" को कोई भी भुगतान या भिन्न-भिन्न रूप में नहीं होगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए सिफारिश

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 26/02/2019	Dr. PRIYA AGRAWAL MCI No.-58417 Sign..... (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इन्हें स्वीकार करने वाला	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
--	--	--



FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामही हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामही हस्ताक्षर 2
<i>(Signature)</i>	<i>(Signature)</i>