

C18/11/0244

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या : 10219/1218

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि 25/02/19

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Prampal

AGE-YEARS आयु-वर्ष

54

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कटुम्ब का नाम

Sp Chatur Ram

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Chachapur, Arjunpur

Pratt Hathnagar, D.P. 204103

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

same as above



PASTE PHOTO HERE

Prampal Prampal
(1218) Prampal

OCCUPATION :

व्यवसाय

Learner

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

19000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न) NA

PAN No. स्थाई 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 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.	Gowati	50	F	wife
2.	Mamta	25	F	Daughter
3.	Pooja	23	F	Daughter
4.	Kavita	21	F	Daughter
5.	Manesh	18	M	son
6.	Omish	15	M	son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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
	IP - P.P
	Surgeon - RESICS + 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 तो गई सहायता राशी
1.	SCPM	

DECLARATION by APPLICANT: ☐ YES ☒ NO

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण पूर्णतया अलग बात बताए है तो मेरी सहमति निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरी इच्छा को साक्ष्यता यहाँ "कीटिका फाउण्डेशन", में दर्ज कर रही है, जिसका उपयोग सभी संदर्भ की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में परत गया है।
- 3) मैं स्पष्ट करता हूँ कि जिस सहायता को यह प्रार्थना की गई है, वह पूर्णतया या संभवतः किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लेंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (SEE PAGE TWO THREE)

- 2) 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) आवेदन सामग्री को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित हैं, इसे "कोशिका" द्वारा न्यायी, दल, वाचनालय द्वारा उत्प्रेषण से छुड़ी तर्जिहों/विधियों और उपस्थितियों को लिये किसी भी प्रकार सामग्री से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का निवारण मेरी इच्छा को पूरा करने या कर में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सामग्री को उत्प्रेषण से प्रसारित है मुझे स्वतः सामग्री का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उक्त न्यायीयों का निर्णय अंतिम और अप्रत्यक्ष होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

આવેદન બે હાથાભર્યા પાંચાણે પણ નિગમન

ग्रामाणि

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल से करार)

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.

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्थान

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

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

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

आजकल का समय है प्रगति का समय है उन्नति का

(Name, Designation & Stamp of Authorizing Entity
on behalf of Hospital)

नाम व पद हायडाल अधिकृत अधिकारी

Administrator

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्योन्यक उपपन्नं हेतुः

SIGNATURE of TRUSTEE 1
 श्रीमती इन्दिरा ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

 पट्टसी इस्तेफा 2

Safeway

sent