

C19/02/0302

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika
foundation
Building block of life.APPLICATION No.: 12/0219/1219
आवेदन संख्या:APPLICATION DATE: 25/02/19
आवेदन तिथिNAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम

Shyortil Lal

AGE-YEARS आयु-वर्ष

67

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:
पिता/कटुम्ब का नाम

S/o Ulat Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Dixit Colony, Tamra Nashi

Distt - Hathras, U.P. 204107

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

same as above



PASTE PHOTO HERE

Preop Postop

(1219) Shyortil Lal

OCCUPATION:
व्यवसाय

Unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय

NA

(Attach Proof of Income)
(आप 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 निशान लगायें)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)	Bhagwan Devi	62	F	Wife
2)	Rakesh	34	M	Son
3)	Vinod	33	F	Daughter
4)	Sanjay	31	F	Daughter
5)	Rajendra	29	M	Son
6)	Rajni	25	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) 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
	LE - IMSC
	surgery - (RE) STCS + LOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लिये गई सहायता राशी
1.	SCEH	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक इस घोषणा पर:

- 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 फॉर्म में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच मान्य माना गया है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस घोषणा करती हूँ "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में किसी भी रूप में, इस मदद का भुगतान या रकम किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले लिये और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस उद्देश्य के लिये, जो "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा माँगा गया है, उनके द्वारा किसी भी माध्यम, जिसमें लिखित, मुद्रित, इलेक्ट्रॉनिक, दूरदर्शन से जुड़ी विविधताएँ और उपस्थितियों के लिये किसी भी प्रकार का प्रचार-प्रसार करने के लिये उपयोग किया जा सके।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से उपयोग में लाया जा सके, इस बात से स्वतः सहायता का इकाई नहीं बनता। इस सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा उठाये गये निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या मुद्रा का स्थान

26/02/2019

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 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, इसकाफी की ओर से समझौते/सहमति को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:
- 1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त हो सके, जो कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सहमति प्राप्त की है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी भी माध्यम से नहीं दी जाती है, तो हम स्वतः सहायता का पूरक किसी अन्य स्रोत/संगठन से प्राप्त कर सकते हैं। इस पुष्टि के बिना हम यह स्वीकार नहीं कर सकते हैं कि हम स्वतः वित्तीय मदद प्राप्त कर सकते हैं।
 2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता मिले, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमारे पास इसकाफेस द्वारा दी गई सहायता का उपयोग केवल उद्देश्य के लिये ही होगा। हमारे बीच या विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। हमारे बीच इसकाफेस में कोई भी सहायता प्राप्त और अन्य करने की सारी जिम्मेदारियाँ हमारे पास हैं।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिये संस्तुति

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

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 <i>[Signature]</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 <i>[Signature]</i>
--	--