

09/04/2019

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

V/0419/0007

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

09/04/19

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Omviati

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

59

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कटुम्ब का नाम

D/o - Jhemman

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Rajya Bazar, Raya

Dibit-mathura, U.P. 201204

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

Same as above



Pratap Pratap
(0007) omviati

OCCUPATION :

व्यवसाय

House wife

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

NA

(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 लगायें)

Yes / No

हां / 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	Har Prasad	62	M	Husband
2	Sanju	22	F	Daughter
3	Manju	20	F	"
4	Ramji	16	M	Son

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) 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
1	RE - IMSC
2	LE - IMSC
3	Surgery - Phaco + IOL

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED ले गई सहायता राशि
1	SCCH	

DECLARATION by APPLICANT: (अवेरक 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रत्यक्ष में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी सहायक निरास हो सकती है।
- 2) मैं इस बात को सहायक प्रति "कोशिका फाउन्डेशन", से सही या सही है, इसका उपयोग नहीं करने की पुष्टि के लिये किया जायेगा, जो इस प्रत्यक्ष में माग गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायक हेतु यह प्रत्यक्ष नहीं करूँ, जो इस प्रति या अधिक या सहायक किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से या तो लिया है और या ही भविष्य में लूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (अवेरक द्वारा कर)

- 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 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रत्यक्ष पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अवेरक) अपने सार्वजनिक की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रत्यक्ष में घोषित है, उसे "कोशिका" एम्प्लू मध्य, दूर, सचराचर सूर्य इत्यादि से सुदूर गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सहायक से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रत्यक्ष का विवरण मेरे हस्ताक्षर के रहने या न रहने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से भरोदा अधिकृत है।
- 2) मैं (अवेरक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायक के उद्देश्यों से प्रसारित है सुदूर तक; सहायक या इकाया नहीं करता। इस सार्वजनिक में "कोशिका" एम्प्लू उपलब्ध भविष्य में या निरर्थक भविष्य और जानकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अवेरक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कर)

- 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.

- इससे अधिकृत, हस्पताल को और से भरोदा/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायक हेतु सिफारिश को करने है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायक किसी भी सार्वजनिक सहायक या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होनी चाहते हैं से मेरे या तो रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट सहायक के सहायक में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा भरोदा हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायक विनिर्दिष्ट अधिकृत/कलकत हेतु सहायक नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सार्वजनिक सहायक या किसी अन्य सहायक से सहायक लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायक विनिर्दिष्ट भरोदा सहायक हेतु किसी भी सार्वजनिक सहायक या किसी अन्य सहायक से नहीं लेना/लेने।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से सही या सहायक सहायक सिफारिश की है। रोगी या हस्पताल द्वारा सही या सहायक का किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल को बीच का विवरण है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिये हस्पताल ने रोगी के हस्ताक्षर सुरक्षित और सहायक करने की सारी जिम्मेदारियाँ सही एवं हस्पताल को रोगी और "कोशिका" की कोई पुष्टि या विनिर्दिष्ट इस सहायक में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Dr. ABHISHEK HANDA

MCI No.-09-35572

Sign.....

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

डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर या रजि. नं.

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

नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2