

21/04/2021

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika
foundation
Building block of life.APPLICATION No.:
आवेदन संख्या:

V/0419/0020

APPLICATION DATE:
आवेदन तिथि

09/04/19

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम

Anax Devi

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

Khamari

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता

H.No-38, Sunnaran Purdil Nagar

Distt - Mahamaya Nagar, UP,

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवास पता

Same as above

Preop Postop
(0020) Anax DeviOCCUPATION:
व्यवसाय

House wife

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

(Attach Proof of income)
(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

NA

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय

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 लगाएं)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 सम्बंध
①	Prem Singh	late	M	Husband
②	Sushraj Pal	49	M	Son
③	Vijendra	45	M	Son
④	Ram Kati	42	F	Daughter
⑤	Vashoda	40	F	Daughter
⑥	Hemlata	34	F	Daughter
⑦	Devaki	30	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनती 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:Medical Reports/Prescriptions Attached
अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RC - P.P
	II - IMSC
	Surgery - (LE) SICL + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED 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 AVAILED सी गई सहायता राशी
1.	SCCH	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनकृत द्वारा घोषणा पत्र:

- DECLARATION by APPLICANT:** अभ्यर्थक 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 expenses for which this assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई निषेध एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से घोषणा करता हूँ कि यदि मैं कोशिका फाउंडेशन से सहायता प्राप्त करता हूँ, तो मैं इसे केवल इस उद्देश्य के लिए ही प्रयोग करूँगा, जो इस प्रारूप में धारा 1 में उल्लिखित है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने और भविष्य में भी किसी भी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न तो पूर्णतः और न ही आंशिक रूप से, उस सहायता के लिए जो मुझे प्राप्त करने के लिए इस प्रारूप में माँगी गई है, उस सहायता का वापस या पूरा वापस किसी भी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न तो लिया है और न ही लिये जा रहा है।

AGREEMENT by APPLICANT (सम्बन्धित पक्ष द्वारा स्वीकृति)

- 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्श्वरक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में दीया है, उसे "कोशिका" द्वारा न्यासी, दान, कार्यक्रम/स दूरी इत्यादि से जुड़ी गतिविधियों और प्रसारणियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरी प्रश्न का विवरण मेरी हस्ताक्षर के पाले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्श्वरक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के इच्छासे से प्रार्थना है मुझे सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" द्वारा उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा कबूल)

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: _____ of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we

- 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.

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Dr. ABHISHEK HANDA

श्रीकृष्ण के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

11/04/19

MCI No.-09-35572

Sign.....

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

हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर पंजी. नं.

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

नाम व पद इसमार्फत अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

આથી જાણી શકાય છે કે

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायी कम्प्यूटर 2