

C19/04/0252

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life.		
APPLICATION No. : आवेदन संख्या : V/0419/0034		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 11/04/19		
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम Kiran Devi		AGE-YEARS आयु-वर्ष 66	SEX लिंग F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/सहोदर का नाम Hoti Lal				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासस्थान पता Juggarna, Balda				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासस्थान पता Distt - Mathura, UP, 281308				
Same as above				
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. स्थायी खाता संख्या				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर राज है (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 सम्बन्ध
1	Abheep Singh	69	M	Husband
2	Raj Kumar	40	M	Son
3	Rajveer	34	M	Son
4	Vidya	31	F	Daughter
5	Suman	26	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) 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 प्रविष्टि/प्रेस्क्रिप्शन सूची संलग्न			
	AC - IMST			
	UE - P.P			
	Surgery - (RE) STC & F.T.O.			
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 सी गई सहायता राशि		
1	SCCH			



Preop Postop
(0034) Kiran Devi

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनकर्ता का कथना 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 यहाँ कथन कर रहा हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा सत्य दावा है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मैं यहाँ जो सहायता प्राप्त "उद्देश्य" के लिए मांग रहा हूँ, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों के लिए किया जायेगा, जो इस प्रकरण में मांग किया गया है।

3) मैं यहाँ कथन कर रहा हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु या प्रत्युत्पाद की राई नहीं, इस प्रक्रिया का अतिरिक्त या अलग किसी अन्य स्रोत/निधे/व्यक्तिगत कम्पनी से न ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

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 (अवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका परामर्शदाता और उसके ग्राहकों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" नामक ग्राहकों, पत्र, साप्ताहिक दूरदर्शन से मुझे प्रतिनिधित्व और वार्ताकारों के लिखे किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रश्न का निवारण मेरे हस्ताक्षर के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका परामर्शदाता" या ग्राहकों अधिकृत है।
- 2) मैं (अवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे सच: सहायता का इस्तेमाल नहीं करना। इस सम्बंध में "कोशिका" नामक ग्राहकों ग्राहकों या निर्णय अधिकार और सम्पत्तियों होगा।

आवेक भे इमतावा या मीठे वा निगम

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, इलाखी की ओर से गणार्थ/पेटी की "कोशिका प्रत्यवेक्षण" से विधि प्रमाण हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से प्रमाणित करवाया जायेगा।

- 1) यह कि न तो अधिनियम और न ही अधिनियम में विहित साक्ष्यता किसी भी साक्षरी संस्था या किसी अन्य स्वीत से उक्त ऐतिहासिक में होने या हो जाने से, जैसे कि हमने "कॉरिंथा काउन्सिल" से सिविल/विनिर्दिष्ट उक्त के सम्बन्ध में "कॉरिंथा काउन्सिल" द्वारा मर हो चुका है। यदि "कॉरिंथा काउन्सिल" द्वारा साक्ष्यता विधि अधिनियम/संस्था हो मनुष्य या किन बात है तो अनपेक्षित किसी अन्य भी साक्षरी संस्था या किसी अन्य सम्बन्धन से साक्ष्यता होने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस धृति में तथ्य कहा जाता है कि अनपेक्षित विधि मर उक्त ऐतिहासिक हो किसी भी साक्षरी संस्था या किसी अन्य सम्बन्धन से नहीं होना/होनी।
2. "कॉरिंथा काउन्सिल" से होने या साक्ष्यता केवल विधि प्रकृति की है। छोटे पर हमलात द्वारा ही यह साक्ष्य या किने मने उपचार/प्रक्रिया का पुनरावृत्ति एवं हमलात के बीच का विषय है और "कॉरिंथा काउन्सिल" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायर नहीं है। इसीसे हमलात में छोटी के हस्त मुरा और मने जाने की छोटी किसी/छोटी एवं हमलात की छोटी और "कॉरिंथा" की कोई प्रणाली या विधि/प्रणाली इस सम्बन्ध में नहीं होगी।

Dr. ABHISHEK HANDA

सुखीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

MCJ No.-09-35572

Sign _____

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

ह्रादयुक्त नाम य हस्तधर य रत्न य

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

नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायमौल्यः ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी इत्यादि २