

C19/03/0544

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika
foundation
Building block of life.APPLICATION No.: V/0419/0054
आवेदन संख्या:APPLICATION DATE:
आवेदन तिथि 15/04/19NAME of APPLICANT:
आवेदक का नामSwami Dayal

AGE-YEARS आयु-वर्ष

66

SEX लिंग

MFATHER'S/SPOUSE'S NAME:
पिता/पत्नी का नामGodhan Lal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

H.No-24, AmkheraDistrict Shahjahanpur, U.P. 224222

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता

Same as aboveOCCUPATION:
व्यवसायFarmay

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

(Attach Proof of Income)
(आय का सक्ष्य संलग्न)NATOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय19000/-

PAN No. सत्यापित 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	<u>Khitena Devi</u>	<u>63</u>	<u>F</u>	<u>Wife</u>
2	<u>Raghuveer</u>	<u>31</u>	<u>M</u>	<u>Son</u>
3	<u>Vinod</u>	<u>28</u>	<u>M</u>	<u>Son</u>
4	<u>Sumita</u>	<u>25</u>	<u>F</u>	<u>Daughter</u>
5	<u>Nirmala</u>	<u>20</u>	<u>F</u>	<u>Daughter</u>
6	<u>Laxmi</u>	<u>17</u>	<u>F</u>	<u>Daughter</u>

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विधि आधारBPL 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 सक्ष्य"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:Medical Reports/Prescriptions Attached
अपमत्त/हॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न

Sr. No. क्रम संख्या	
	<u>RE - P.P</u>
	<u>IP - INSC</u>
	<u>Surgery @ STCS + JOL</u>

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 इस सहायता की राशि
1	<u>SCPM</u>	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक 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 amount, 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 विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता यहाँ "कर्मिकता प्रदानकरण", में ली जा रही है, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में पद पत्र है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि बिना सहायता हेतु यह प्रार्थना की नहीं है, बल्कि यह सहायता या वापस किया किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में लीया

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शिका कृत कलर)

- 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 fulfilment 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 (अर्हक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रोविड है, जो "कोशिका" एगम् न्यासीय, चप, सम्बन्धन दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों को उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सम्भन से प्रमोटीय करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पत्रों या कार से करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासीय अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रोविड है मुझे स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं बनाता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एगम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक को हस्ताक्षर या अंगुलि का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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:

- 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 अधिकतर, इसकाफरी की ओर से पामलेटोपी को "कोशिका काइमोटोम" से निशिय साहसा होतु सिधारित की जाती है, जिसे इन (इन्फेन्स) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं-

- 1) यह कि न तो कॉलेज और न ही सीएम में विविध सामाजिक किसी भी तरहकी संस्था का किसी अन्य स्तर से उच्च स्तर/स्तरों में लेने का ले ले रहे हैं, जैसे कि इनमें "कॉलेजिक फायरवॉल" से विकसित/विकसित स्तर के सम्यक् में "कॉलेजिक फायरवॉल" द्वारा गहरा है कि है। यदि "कॉलेजिक फायरवॉल" द्वारा सामाजिक विविध अर्थव्यवस्थाएं हेतु समुद्र नहीं किंचित कहा है तो अन्यथा किसी अन्य भी साक्षरी संस्था का किसी अन्य स्तर/स्तर से सामाजिक लेने का अधिकार सुनिश्चित रहता है। इस सुनिश्चित में सम्यक् कहा जाता है कि सामाजिक द्वितीय गहर उच्च स्तर/स्तरों हेतु किसी भी साक्षरी संस्था का किसी अन्य स्तर से नहीं लेना/लेनी।
2. "कॉलेजिक फायरवॉल" से ही यह सामाजिक विविध सुनिश्चित की है। यदि पर इसका द्वारा ही यह साक्षर का किने गये उच्चस्तर/स्तरों का सुनिश्चित स्तर एवं इसका न के बीच का विषय है और "कॉलेजिक फायरवॉल" द्वारा किसी प्रकार का कोई उच्च नहीं है। इसलिये इसका में स्तर के स्तर सुनिश्चित और अन्य जाने की गरी विविध/स्तरों एवं इसका न के स्तरों और "कॉलेजिक" को कोई विविध का विविध/स्तर इस स्तरों में नहीं लेनी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

Dr. ABHISHEK HANDA

इय्यीकुती ओ लिप संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

MCI No.-09-35572

Sign...

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

हायड्रोजन का तनु व इस्पात व सिलि ३

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

यस्य न पद इत्यतः अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायै इत्युच्यते ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

संज्ञा संख्या २