

C19/03/0554

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building Block of Life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

V/0519/0111

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

2/5/19

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Kailashi

AGE-YEARS आयु-वर्ष

70

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/हठुय का नाम

Ram Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता

H.No-21, Vanshi Bat, Vrindavan

Distt - Mathura U.P. 281121

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवास पता

Same as above



Precap. Postop

(011) Kailashi

OCCUPATION :

व्यवसाय

House wife

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

(Attach Proof of Income)

(आप का सहाय संलग्न)

NA

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

NA

PAN No. स्याई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर दाता हैं (जो सत्य हो उस पर चिह्न 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.	Satendra Singh	72	M	Husband
2.	Babli	42	F	Son
3.	Sapha	43	F	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवर्तित 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 विवर्तित का उद्देश्य:

Medical Reports/Prescriptions Attached

अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न

Sr. No.

क्रम संख्या

RE - IMSC

IE - IMSC

Surgery - (IE) STCS + Tol

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

Sr. No.

क्रम संख्या

NAME of OTHER SOURCE

अन्य स्रोत का नाम

AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED

सी गई सहायता राशि

1.

SCCH

DECLARATION by APPLICANT: सर्वोक्त गुण संचयन 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 योचन करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कारण गलत या झूठ साबित हो तो मेरी सहायता प्राप्त की जा सकती है।
- 2) मेरी द्वारा जो सहायता प्रति "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पत्र प्राप्त है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रारूप की गई है, उस प्रति का अंतिम या समस्त विवरण किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में ली जा।

AGREEMENT by APPLICANT (SEE THE END NOTE)

- 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके 'व्यक्तियों' " को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसी "कोशिका" एवम् 'व्यक्ति, राज, वाक्यांश' द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और व्यापारिकों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। ये प्रपत्र का विवरण मेरे प्राप्त्य को रखने या कर मे करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से 'व्यक्ति' अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि फाउंडेशन को उद्देश्यों से प्रयुक्त है मुझे सहा। सहायता का हकदार नहीं बनता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् 'व्यक्तियों' का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेष्टा को इलाका या अंगठे का निवासी

AGREEMENT by HOSPITAL (बिनामत इलाज 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 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.

इसमें अभिप्रेत, इच्छाओं को और से अपने/ऐसे को "बोलीया भावना" से विशेष साक्षात् इतु विचारित भी जाती है, जिसे हम (हमसा) विना प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो बॉन्ड और न ही अधिकांश में विविध छात्रावास किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य एजेंसी से बनाए रखे जाते हैं, बल्कि वे स्वयंसेवकों के द्वारा बनाए रखे जाते हैं, जैसे कि अपने "बोर्डिंग छात्रावास" से विद्यार्थियों/विद्यार्थि छात्रों के सम्पर्क में "बोर्डिंग छात्रावास" द्वारा प्रदान किए जाते हैं। यदि "बोर्डिंग छात्रावास" द्वारा छात्रावास विविध अधिकारकर्ता से प्राप्त नहीं किया जाता है तो सम्प्रदाय किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से छात्रावास होने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जा सकता है कि आपत्तक स्थिति में उक्त एजेंसी/एजेंसी से किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेगा/लेगी।
2. "बोर्डिंग छात्रावास" से तो यह छात्रावास केवल विविध प्रवृत्ति की है। ऐसी या इसप्रकार द्वारा ही यह संभव है किने गये जनजाति/प्रजाति या पुनर्वास एजेंसी एवं इसप्रकार के बीच का विषय है और "बोर्डिंग छात्रावास" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसलिए इसप्रकार में ऐसी के इसप्रकार द्वारा और अपने जाने को जारी रखती है। यह प्रमाण की होती है और "बोर्डिंग" की कोई भविष्य या विमर्शपूर्ण इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Dr. PRIYA AGRAWA

स्वीकृती के लिए संसूति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

[illegible]

MCI No.-58417

Sign.

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
 डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

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

नाम व पद इत्येतत्तु अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गोपयोग हेतु

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी इन्द्रधर 1

न्यायौ इत्यत्र ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

मासौ दसरा २