

C19/05/0039

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika
foundation
Building block of life.APPLICATION No.:
आवेदन संख्या: V/05/19/0123APPLICATION DATE:
आवेदन तिथि 6/5/19NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम Premavati

AGE-YEARS आयु-वर्ष 62 SEX लिंग F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:
पिता/सहोदर का नाम Shobhi

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Vill+po - Daghenta

Distt - Mathura, U.P., 281308

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

Same as above

Preop Postop
(0123) PremavatiOCCUPATION:
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 दाता हैं (जो मान्य हो उस पर छड़ी का निशान लगावे।)Yes / No
हाँ / 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.	Navab Singh	64	M	Husband
2.	Hanpal	33	M	Son
3.	Pharimpho	24	M	Son
4.	Nepal	20	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनियम आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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) उपभोक्त कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विनियम का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE- IMSC
	LE- P.P
	SURGERY- (RE) STCS + TOL

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 ली गई सहायता राशी
1.	SCCH	

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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कल्पन अथवा गलत बात है तो मेरी छात्रावृत्ति निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात का गम्भीरतापूर्वक "बोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में मांग गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस छात्रावृत्ति हेतु यह आवेदन किया जा रहा है, उस छात्रावृत्ति का अतिरिक्त या सहायक किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इन्सुरेन्स कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 its 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "बोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, उन्हें "बोशिका" एम्प्लॉयी, डॉक्टर, प्राध्यापक या दूसरे उद्देश्य से मुझे प्रोत्साहित करने और जानकारी देने के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मैं प्रपत्र का विवरण मेरे हस्ताक्षर के बिना या बाद में करने के लिये "बोशिका फाउन्डेशन" व ग्राहक अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि छात्रावृत्ति के उद्देश्य से प्रकाशित है मुझे पता: छात्रावृत्ति का इस्तेमाल नहीं करूँगा। इस सम्बंध में "बोशिका" एम्प्लॉयी इसके ग्राहकों का निर्णय अंतिम और अविरोधकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा 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 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.
- इसके अतिरिक्त, इसकाफी की ओर से भर्ना/उपचार की "बोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय छात्रावृत्ति हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय छात्रावृत्ति किसी और सहायक संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त होने का दावा नहीं है, बल्कि हमने "बोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उद्देश्य के सम्बंध में "बोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "बोशिका फाउन्डेशन" द्वारा छात्रावृत्ति वित्तीय ग्राहक/रोगी के हेतु प्रस्तावित नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सहायक स्रोत या किसी अन्य संगठन से छात्रावृत्ति लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय मदद उद्देश्य हेतु किसी और सहायक संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
 2. "बोशिका फाउन्डेशन" से ली गई छात्रावृत्ति केवल वित्तीय प्रकृति की है। ऐसी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "बोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में ऐसी कोई इलाज सुझाव और करने करने की छवि नहीं होगी और "बोशिका" को कोई दबाव या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 6/5/19	Dr. PRIYA AGRAWAL MCI No.-58417 Sign..... (Name of Dr. & Regd. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर 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
	