

19/05/0145

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life.		
APPLICATION No.: आवेदन संख्या: V/0519/0166		APPLICATION DATE: आवेदन तिथी 13/05/19		
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम Satyavati Devi		AGE-YEARS मातृ-वर्ष 65	SEX लिंग F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कटुम्भ का नाम M/o Gopi chand				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता				
Benasipur, Baldeo				
Dist-Mathura, U.P., 281303				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता		Pre op Post op (0167) Satyavati Devi		
same as above				
OCCUPATION: व्यवसाय Housewife		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय NA		(Attach Proof of Income) (आप का साक्ष्य संलग्न) NA		
PAN No. स्थाई 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 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.	Jagdish Maashad	67	M	Husband
2.	Vishnu	34	M	son
3.	Dinesh	31	M	son
4.	Ram	28	M	son
5.	Syam	23	M	son
6.	Rajan Devi	20	F	Daughter
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा 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)		Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे गये विनती का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
	RF- JMSC			
	LF- JMSC			
	Surgery - (LF) STS + JOL			
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 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, if any, 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 यहाँ पर बता रहा हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं दायन अंतर प्राप्त पाया है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इससे यहाँ पर प्रति "व्यक्तिगत आवश्यकता", से जो वांछी है, इससे उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में परा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बता रहा हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रश्न पूछा जा रहा है, उस प्रति का अधिक या समतल किसी किसी अन्य स्रोत/निर्भरक/बिमा कंपनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में लिया जाये।

AGREEMENT by APPLICANT (अभिज्ञेताद्वारा सहमति)

- 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न का जवाब हाथका या फोटो की छाप लगाकर, मैं (अर्शदक) अपनी वास्तविक की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एशम् ज्वेली, एन. पावन/या दूसरे उद्देश्य में मुझी चरित्रचित्रों और वस्तुनिष्ठों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रचारित करने के लिये अधिकृत है। मैं प्रश्न का विवरण मेरे इरादों के पहले या बाद से करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" व ज्वेली अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि हाथका के उद्देश्यों से घोषित है मुझे स्वतः हाथका का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एशम् इसके ज्वेलियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आपके मन में क्या चल रहा है, उसे भी मैं जानूँगा।

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा वापस)

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.

हमारे अधिकृत छात्रावली की ओर से सम्मेलन/रोपी को "संविदा सम्मेलन" में विविध महापक्षों की नियुक्ति की जाती है, जिसे हम (हामरा) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो बर्तमान और न ही भविष्य में विविध साक्ष्य किन्हीं गैर साक्षरी घोषण या किसी अन्य स्वीत से उभरा रोटी/पावला में होने या ले ले है, जैसे कि इनने "कोशिका पाचनोद्धार" से किण्वित/किण्वित उष्ण को सम्भव में "कोशिका पाचनोद्धार" द्वारा मर देतु कि है। यदि "कोशिका पाचनोद्धार" द्वारा साक्ष्य विविध अतिरिक्त/सकल हेतु प्रभुत्व नहीं किया जात है तो अवगत किन्हीं अन्य गैर साक्षरी घोषण या किन्हीं अन्य साक्ष्य से साक्ष्य लेने का अधिकार सुरक्षित राखता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जात है कि अवगत विविध मर उष्ण रोटी/पावला हेतु किन्हीं गैर साक्षरी घोषण या किन्हीं अन्य साक्ष्य से नहीं लेता/लेती।
2. "कोशिका पाचनोद्धार" से ही यह साक्ष्य किन्हीं विविध प्रभुत्व की है। ऐसी पर सम्मतल द्वारा ही यह साक्ष्य या किने गये उपचार/प्रक्रिया का प्रभाव रोटी एवं उष्णता को बीच का विषय है और "कोशिका पाचनोद्धार" द्वारा किन्हीं प्रकार का कोई रक्षण नहीं है। इसलिये सम्मतल में रोटी को इसलिये सुरक्षित और जाने जाने की नहीं किण्वित लेने का सम्मतल की होती और "कोशिका" की कोई सुरक्षा या किण्वित ही साक्ष्य में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

इय्यीकली के लिए संस्थिति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

Dr. ABHISHEK HANDA

MCI No. -09-35572

Sign...

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

हाथर का नाम व हमलावा व गैर व

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

नमः यः पद इत्यत्राह अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तरिक्ष उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

म्यागी इस्लाम ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्तपत्र 2