

C19/05/0157

Koshika
foundation
Building Block of Life.

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No. : V/0519/0172

APPLICATION DATE : 14/05/17

NAME of APPLICANT : Shyamavir
आवेदक का नाम

AGE-YEARS उमेर-वर्ष 63
SEX लिंग M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : Ramjit
पिता/स्त्री का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वास्तविक संतान

Tula, Maharashtra

District - Mathura, U.P. 281206

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थान अवासीय संतान

Same as above



Pre op Post op
(0173) Shyamavir

OCCUPATION : Farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (विवाहित नहीं)

TOTAL ANNUAL INCOME : 19500/-

(Attach Proof of Income)
(उमेर का सामूहिक संतान)

PAN No. स्थान संख्या नं. ४३०५६७८९८

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
कमा जाए आव आव कर दाता है (ये मान्य हो उस पर गहरी चार लिंग लगाने।)

Yes / No
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उमेर (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1	Premwati	60	F	Wife
2	Jayveer	39	M	Son
3	Manoj	33	M	Son
4	Sonveen	30	M	-
5	Machhila	28	F	Daughter
6	Sneha	22	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये चिन्हित अधार

BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष
गरीबी रेता के नीचे प्रबन्धन पड़ता (प्रबन्धन पर की जान गई संतान करता)	अस्थ वज्र वर्ष प्रबन्धन पड़ता (प्रबन्धन पर की जान गई संतान करता)	इपट्टीवाला कार्ड (प्रबन्धन पर की जान गई संतान करता)	

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये चिन्हित का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/हॉपिटल से आयी की गई प्राइवेट सूची संलग्न
	RR - TMSL
	UR - TMSL
	Surgery - (RE) STCS + TOL

ASSISTANCE BEING AVALAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के लिए 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 AVALAILED ली गई सहायता राशि
1	SCFH	

DECLARATION by APPLICANT: अप्पेलेंट द्वारा चाहिए यह:

- 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 आपका कहत हूँ कि इस प्राप्ति में लिखा गये जनकारी के अनुसार यह सही है। परं कोई विवाद यह कहने का लाभ नहीं जाता है जो ऐसी जनकारी निकल सकती है।
 2) मैं इसे जापना चाहता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", जो भी हो जाती है, इसका इच्छिता डॉक्टर की पूर्ण या लिखी गयी बायोग्राफी, जो इस प्राप्ति में था, यह है।
 3) मैं युक्त कहत हूँ कि यह जनकारी ही यह प्राप्ति की वह है, जो यह का स्वीकृत या जनकारी विस्तृत विवरण की तरफ से नहीं है और वह भी अपेक्षित नहीं है।

AGREEMENT by APPLICANT (अप्पेलेंट द्वारा कराया)

- 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 प्रति पर अपने इच्छित या अपेक्षित जाता हूँ कि अपनी सामग्री की पूरी जात हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन" और उसके "कार्यक्रमों" को अधिकृत करता हूँ कि यह यह एवं उसके लिए उपलब्ध है, उसे "कोशिका" एवं याकौरी, यानि, यह कामकाला द्वारा उद्दीपिता के उपलब्धियों को लिये गयी योग्यता की इच्छा या जानकारी के प्रतीक बनाता है। यह अपने इच्छित या अपेक्षित करने के लिए अधिकृत है।
 2) मैं (अप्पेलेंट) इस बात से सहमत हूँ कि यह एवं यानि, यह कामकाला जो यह जनकारी की उद्दीपिता से प्रतीक है यह उपलब्ध है। यह जनकारी एवं उद्दीपिता के अधिकृत बनाता है। इस जनकारी में "कोशिका" एवं उसके अधिकृत या अपेक्षित नहीं बनाता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अप्पेलेंट के इच्छित या अपेक्षित यह लिखा

AGREEMENT by HOSPITAL (इस्तमाल द्वारा करा)

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 अधिकृत, इसकी योग्यता की वही से जनकारी है कि "कोशिका फाउंडेशन" से लिया गया है यह लिपिका की वही है, जिसे हम (इस्तमाल) निकलने में सहाय्य करती है।

- 1) यह कि न हो क्योंकि वह न हो पूर्ण या लिखित जानकारी दियी गई जानकारी संभवतः या लिखी गयी रूप से उसे उपलब्ध कराने में सहाय्य करती है, यह कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से लिपिकी योग्यता की इच्छा या जानकारी में "कोशिका फाउंडेशन" हुए भरते हुए लिखी गयी जानकारी की वही जानकारी है जो इसके अधिकृत या अपेक्षित बनाता है। इस पूर्ण या लिखित रूप से उपलब्ध कराने की अधिकारी योग्यता की वही जानकारी है जो इसके अधिकृत या अपेक्षित बनाता है।

- 2) "कोशिका फाउंडेशन" में यही योग्यता जानकारी की वही है कि यह इसका अधिकृत या अपेक्षित बनाता है। यह कि "कोशिका फाउंडेशन" हुए लिखी गयी जानकारी की वही जानकारी है जो इसके अधिकृत या अपेक्षित बनाता है। इसके अधिकृत या अपेक्षित बनाता है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Dr. ABHISHEK HANNA

अधिकृत या अपेक्षित योग्यता की लिखी गयी सहमति

Date of Surgery जीवन्ति की तारीख 15/05/19	MCI No.-09-35572 Sign..... (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इस्तमाल करें
---	---



FOR INTERNAL USE of KOSHICA FOUNDATION

अन्तरिक उपयोग है

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नामी इस्तमाल।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामी इस्तमाल।