

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या : V/0610/0215

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि 04/06/19

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Vimaladevi

AGE-YEARS आयु-वर्ष

72

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/सहोदर का नाम

D/o - Sant Ram

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता

Vill - Siriga, Po - Badhan

Dist - Mathura, S.P. 281204-

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवास पता

Same as above



Pre op

Post op

(0215) Vimaladevi

OCCUPATION :

व्यवसाय

House wife

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

NA

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

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 सही का निशान लगाएं)

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.	Hari Singh	74	M	Husband
2.	Balveen	40	M	Son
3.	Amam	37	M	Son
4.	Banaji	34	M	Son
5.	Tajdish	30	M	Son
6.	Indu	28	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के पीछे 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 निशानों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE - P.P
	IE - 2 MSC
	Surgery - (R) SICS + JOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता कितनी अन्य स्रोत से ली जा रही है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशी
1	SCHE	

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 प्रत्येक में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मेरी द्वारा जो सहायता प्राप्त "व्यक्तिगत प्रयोजन" के लिए मांगी है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रत्येक में परा गत है।

3) मैं पुष्टि करता हूँ कि कितना सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का कश्चित् या कदाचित् किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लिया।

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 को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वे विवरण इस प्रश्न में प्रेषित हैं, जो "कोशिका" एनएलडी, दान, वाचकत्व शुरू करने के लिए या कुछ परिधिस्थित और उपस्थिति में के लिए किसी भी प्रकार सम्मान से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासीय अधिकृत है।

2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के अर्हक से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता या हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एनएलडी न्यासीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

आवेदक को इलाहाबाद या अंगूठे का निराकरण



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 अधिपति, हमारा ही को और से मानते/देते को "कोशिका पाठ-लेखन" से विविध साहाय्य हेतु विचारित की जाती है, जिसे हम (हमारा) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:

- 1) यह कि व से सम्बन्ध और व की अधिकांश व शिपिंग सम्बन्धित किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से उक्त रोपि/पत्तने में होने का हो रहा है, जैसे कि इनमें "कोरिका फाइनेंस" से शिपिंग/रिबिडि उक्त के सम्बन्ध में "कोरिका फाइनेंस" द्वारा पदर हेतु कि है। यदि "कोरिका फाइनेंस" द्वारा सम्बन्धित किसी भी सरकारी संस्था से सम्बन्धित होने का सम्बन्धित सुनिश्चित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जात है कि सम्बन्धित विधि के अन्तर्गत उक्त रोपि/पत्तने हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से कोई सम्बन्धित नहीं है।
2. "कोरिका फाइनेंस" से ही यह सम्बन्धित केवल शिपिंग प्रकृति की है। ऐसी पर सम्बन्धित द्वारा ही यह सम्बन्धित या किने गये उपकरण/सिमा का सुचारु रोपि एवं सम्बन्धित के बीच का विषय है और "कोरिका फाइनेंस" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायव नहीं है। इसीलिए सम्बन्धित में रोपि के सम्बन्धित सुनिश्चित और अन्य जाने की तारी दिनांकी रोपि एवं सम्बन्धित को होने और "कोरिका" की कोई अधिकांश या किम्बन्धित इस सम्बन्धित में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संस्थान

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

Dr. ABHISHEK HANDA
MCI No.-09-35572
Sign. _____

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

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्ताक्षर करने वाले व्यक्ति का है

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
मन्मथ ठाकुर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
साथी इच्छा 2