

019/06/2019

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika
Foundation
Building block of life.APPLICATION No.:
आवेदन संख्या:

V/0619/0216

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

04/06/19

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम

Ramvati

AGE-YEARS आयु-वर्ष

68

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:
पिता/कटुम्ब का नाम

D/o - Radheshyam.

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासोप पता

Nanda Gashi, Bhaetiya

Distt → Mathura - U.P., 261302

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासोप पता

Same as above

Free of postop
(0216) Ramvati

OCCUPATION:

व्यवसाय

House wife

MARRIED (विचरित) / UNMARRIED (अविचरित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

NA

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न) NA

PAN No. स्थाई 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 चिह्नन सहाय्य)

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 सम्बंध
(1)	Mitham Singh	69	M	Husband

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विविध 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)	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 विमर्श का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रत्येदन सुची संलग्न
	KE - P.P.
	JE - JMSC
	Surgery - JE SICS + ZOL

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 हो गई सहायता राशी

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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रत्यक्ष में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जायेगा तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, इसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रत्यक्ष में माग गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु यह अवसर नहीं चाहूँ, न तो भविष्य में और न ही अन्य किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से जो भी सहायता है और न ही बीमा में हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)

- 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 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रत्यक्ष पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायोयोग" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रत्यक्ष में घोषित हैं, जो "कोशिका" एवम् न्यायोयोग, पत्र, साप्ताहिक/दूरदर्शन से जुड़ी वीडियो/फोटो और वित्तीय विवरणों के लिये किसी भी प्रकार का माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रत्यक्ष का विवरण भी इसका हिस्सा है जहाँ मैं कहते हैं कि मैं इस सहायता के लिये "कोशिका फाउंडेशन" से न्यायोयोग अधिकृत हूँ।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को भी सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे स्पष्ट है: सहायता का इस्तेमाल नहीं करूँगा इस प्रत्यक्ष में "कोशिका" एवम् उसके न्यायोयोग का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)

- 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.
- हमने अधिलेखित, हमारे अधिकृत हस्ताक्षर/छाप के द्वारा इस मामले/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार्य करते हैं।
- 1) यह कि हम जो रोगी/मरीज और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/करने में होने या से रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/अनुमति प्राप्त की सम्मति में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मरर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट अधिकृत/अनुमति हेतु भुगतान नहीं किया जाता है तो हमारा निर्णय अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत/सहायता से प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट बात है कि सहायता वित्तीय मरर उस रोगी/मरीज हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेने/लेगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता होगा वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या निम्न गैर उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हमारा चर्चा के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाज मुक्त और जारी करने को सभी अधिकार हैं। हम सहायता को जारी और "कोशिका" को कोई भुगतान या विनिर्देश इस मामले में नहीं करेंगे।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए प्रस्तावित

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

Dr. ABHISHEK HANDA
MCI No.-09-35572

Sign..... (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यायी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायी हस्ताक्षर 2