

09/06/2019

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life.			
APPLICATION No. : आवेदन संख्या : <u>V/0619/0220</u>		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : <u>04/06/19</u>		  Pre op Post op (0220) Durag Singh			
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम : <u>Durag Singh</u>		AGE-YEARS आयु-वर्ष : <u>70</u>				SEX लिंग : <u>M</u>	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/हठुम्य का नाम : <u>Ramdayal</u>		PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासिय पता <u>Jatara, Baldeo</u>					
		PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासिय पता <u>Distt- Mathura, U.P. 281201</u>					
OCCUPATION : व्यवसाय : <u>Unemployed</u>		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) ☒ ☐					
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय : <u>NA</u>		(Attach Proof of Income) (आय का सबूत संलग्न) : <u>NA</u>					
PAN No. <u>XXXXXX XXXX</u>							
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये)							
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.	Kela Devi	68	F	Wife			
2.	Son den	36	F	Daughter			
3.	Rajan	34	M	son			
4.	Premraj	30	M	son			
5.	Virender	28	M	son			
6.	Krishna	26	M	son			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विधि आधार							
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)			
Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत							
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे गये निम्नी का उद्देश्य:							
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न						
	<u>RE - JMSC</u>						
	<u>LE - JMSC</u>						
	<u>Surgery - (RE) STS 1201</u>						
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.	<u>SCFH</u>						

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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं दायम अलग पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका इस्तेमाल उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु या उपादान को नहीं है, इस यदि का भविष्य या सकल विवरण किसी अन्य स्रोत/निर्देशक/बीमा कम्पनी 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.

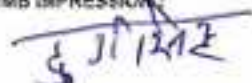
2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision is this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्मृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में अधिष्ठित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा यादृच्छिक, दूर, याकदाचित् दूर से प्रसारण से मुझी व्यक्तिगत/वैयक्तिक और वित्तीय/वैयक्तिक के लिये किसी भी प्रकार सहायता से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे द्वारा या विवरण मेरे हस्ताक्षर को पढ़ने या कर मेरे अपने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से ली जा रही अधिष्ठित है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से अधिष्ठित हैं पूर्ण स्वतः सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उक्तके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान


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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की और से समस्त/वेरी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से दायम न स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता से मिलने से उक्त रोगी/रोगी के लिये या से ले जा रहे हैं, यदि कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्णय उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदत्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विधि अधिष्ठित/प्रदत्त हेतु प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो हमसबल किसी अन्य और सहायता से मिलने या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमसबल द्वितीय पक्ष उक्त रोगी/रोगी के लिये किसी और सहायता से मिलने या किसी अन्य सहायता से नहीं ले जा रहे हैं।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हमसबल द्वारा दी गई सहायता या बिना हमें उपचार/चिकित्सा का चुनाव रोगी या हमसबल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायम नहीं है। इसलिये हमसबल में रोगी के हस्ताक्षर द्वारा और अपने जाने को उक्त सहायता लेने का अधिकार की होती है और "कोशिका" को कोई भी सहायता या निर्णय/निर्णय इस सम्बंध में नहीं होनी है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

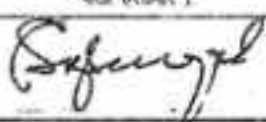
06/06/19

Dr. ABHISHEK HANDA
MCI No.-09-35572Sign.....
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

हस्ताक्षर का नाम व इलाका व पंजी नं.

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

नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतुSIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2
