

C19/06/0054

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

V/0619/0221

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

04/06/19

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Mahendrikalli

AGE-YEARS आयु-वर्ष

40

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कन्या का नाम

Karan Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Vill+po- Jatali Thaan

Distt - BHANIPUR, Kanchin, 321205

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

Same as above



Pre op Post op
(0221) Mahendrikalli

OCCUPATION :

व्यवसाय

House wife

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

NA

(Attach Proof of Income)

(आय का सबूत संलग्न)

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 चिह्न 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 से संबंध
1	Rajendra	44	M	Husband
2	Aman	18	M	Son
3	Bhumi	14	F	Daughter
4	Lal	12	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विषय का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE - JMS C
	IE - JMS C
	Surgery - (RE) STCS + 20L

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी 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 राशि
1	SCSH	

DECLARATION by APPLICANT: **गौरीक डूट गोपल वः**

- 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 सत्य कथन असाध्य कथन साबित हो तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं द्वारा जो सहायता उचित "कोशिका फाउण्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग वही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में था।
- 3) मैं यही कथन हूँ कि निम्न सहायता हेतु यह प्रारूप भी भरे है, उस लक्ष्य का सांशित या समस्त विरासत किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा सहमति)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रश्न का अपने उत्तराक्षर या अंगरेजी की भाषा लिखना, मैं (आवेदक) अपनी सामग्री को पुष्टि करता हूँ एवं "कोटिका चार्टर्डमैन और टाकले म्हासिबे" को अतिशुद्ध करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और को विचारण इस प्रश्न में शामिल है. उसे "कोटिका" दण्ड म्हासिबे, पान, सचकायत द्वारा उद्देश्य से मुझे कोटिकाचिपों और उपाधिभक्तों के शिरो किलो से प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अतिशुद्ध है। मैं प्रश्न का विचारण मेरे उत्तर के पहले या बाद में करने के लिए "कोटिका चार्टर्डमैन" व म्हासिबे अतिशुद्ध है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विचारण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे स्पष्ट: सहायता का उपयोग नहीं करना। इस संबंध में "कोटिका" दण्ड टाकले म्हासिबे का निर्णय अंतिम और सचकायत होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आपदेव को हत्याकांड का आरोप था।

AGREEMENT by HOSPITAL (HOSPITAL 270 7000)

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.

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

हारीकाली के शिष्य बंस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

DF, 40000
MS, 10000

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डाक्टर का नाम व रजिस्ट्रेशन नं. सहि. नं.

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

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

 नामी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायी हस्ताक्षर 2