

19/06/2019

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)				Koshika foundation Building block of life.			
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)							
APPLICATION No. : आवेदन संख्या : V/0619/0225		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : 04/06/19		 Pre op post op (0225) Purnan Devi			
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम : Purnan Devi		AGE-YEARS आयु-वर्ष : 60				SEX लिंग : F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुम्ब का नाम : Roshan Singh							
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता : Vill - Siriya, PO - Bandhaura							
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता : Distt - Mathura, U.P. 281204							
SOME OR ABOVE							
OCCUPATION : व्यवसाय : House wife			MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)				
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 पता है (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्नान सहाय्ये) 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.	Gansyam		M	Husband			
2.	Rajpal		M	SON			
3.	Ramveer		M	SON			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विधि 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)			
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य							
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे नये विन्ती का उद्देश्य:							
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न						
	RE - IMSC						
	LE - IMSC						
	Surgery - (RE) STCS + IOL						
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 ली गई सहायता राशि				
1.	SCCH						

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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से मिले हुए धन, केवल उसी उद्देश्य के पूर्ति के लिये प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बतलाया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि भविष्य में मैं या मेरा परिवार किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो रिफंड ले 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 in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली का निशान लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में घोषित हैं, उसे "कोशिका" एवम् भरोदारों, पत्र, कागजात वगैरहों से मुझे भविष्य में और वर्तमान में मेरे लिये किसी भी प्रकार सम्भव से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रारूप का प्रकाश मेरे इच्छा के बिना या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" व भरोदारों अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों के प्रार्थित हैं मुझे सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस मामले में "कोशिका" एवम् उसके भरोदारों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुली 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.

इससे अधिकृत, हमारा यहाँ अंगुली का निशान लगाकर, हम "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना इस (हस्पताल) निम्न प्रकार से समझ व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी भी प्रकार से वित्तीय सहायता किसी और स्रोत से प्राप्त की जाएगी, जहाँ तक कि सहायता कोशिका फाउन्डेशन द्वारा प्रदान की जाती है। यदि कोशिका फाउन्डेशन द्वारा सहायता प्रदान की जाती है, तो कोशिका फाउन्डेशन द्वारा सहायता प्रदान करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में समझ दिया जाता है कि कोशिका फाउन्डेशन द्वारा सहायता प्रदान करने का निर्णय कोशिका फाउन्डेशन और कोशिका फाउन्डेशन द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हमारा यहाँ अंगुली का निशान लगाकर और अपने अपने कोशिका फाउन्डेशन को सहायता प्रदान करने का निर्णय सुरक्षित और स्वीकार्य होगा।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से मिले हुए धन केवल वित्तीय प्रकृति का है। रोगी का इलाज और उसका उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी और हस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हमारा यहाँ अंगुली का निशान लगाकर और अपने अपने कोशिका फाउन्डेशन को सहायता प्रदान करने का निर्णय सुरक्षित और स्वीकार्य होगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 26/06/19	 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.	 (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 भरोदार 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोदार 2