

C19/05/0306

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.:
आवेदन संख्या : **V/0619/0229**

APPLICATION DATE : **10/06/19**
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT :
आवेदक का नाम : **Jagannatha**

AGE-YEARS आयु-वर्ष : **74** SEX लिंग : **M**

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

Dalatram

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : बासाना अवासीय पता

VILL - PO - Nagla Pava

District - Hathras - U.P. - 204101

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थान अवासीय पता

Name as above

Koshika
foundation
Building block of life.



Pre op Post op
(0229) Treatment

OCCUPATION :
अवस्था

Unemployed

MARRIED (मिश्रित) / UNMARRIED (अमिश्रित)

TOTAL ANNUAL INCOME :
कुल वार्षिक आय

NA

(Attach Proof of Income)
(आय का साहू संलग्न)

NA

PAN No. स्थान संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
मम जब जाप कर रहा है (जो गान्धी हो उस पर सही का नियम लागते)

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	Hemlata	70	F	Wife
2	Ram Upadhyay	46	M	Son
3	Ram Kishan	41	M	Sohn

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विचित्र आधार

BPL Card (Attach Card Copy) जनीली रेत के लिए प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प अव वर्ष प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की अवधि और संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की अवधि और संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साहू

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु लिये गए विवार का उत्तरेय:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से चारी भौं गई ड्रीवियन सूची संलग्न

RF — IMSC

LS — IMSC

Emergency — (L.E) SICS + DOL

ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उत्तरेय के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य संस्था से दिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य संस्था का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALIED ही नई सहायता राशि
1	GCH	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक का प्राप्ति परिवार

- 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 प्राप्ति करता हूँ कि इस फॉर्म में दिए गए सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार जाप सर्व यही है। यह जोई विवरण इस काम का लागत प्रबंध वह है मेरी सहायता निवार की का सहायता है।
 - 2) मेरे प्राप्ति को सहायता की "जोखिमिक प्रयोगेश्वर", से रोटी का यही है, उपर उपरोक्त दस्ती उत्तराधी की पूर्णी के लिये छिपा चाहें, जो हम प्राप्ति में यह यहाँ है।
 - 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि निम्न सहायता देने का प्रयोग की गई है, जब तकी का निर्वाचित व उपर विवरण मेरी जान प्रोटोकोलों/नियमों का बदलाव देने वाली तिथि है और वही प्रक्रिया में है।

AGREEMENT by APPLICANT: आवेदक का प्राप्ति करता है।

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 प्राप्ति पर जल्दीन उपर विवरण मेरी जानकारी की पूर्णी करता हूँ कि "जोखिमिक प्रयोगेश्वर" को अप्रिकृत करता हूँ कि ये वह वास्तव और भी जो विवरण इस प्राप्ति में दी गई है, जो "जोखिमिक" वाला, याहौं, यह, वाक्यात्मक एवं उत्तराधी ये सुनी गईरहियाँ और अन्यायाँ के लिये विवरण मेरी प्राप्ति का विवरण में प्रसिद्ध करते के लिये अधिकृत हैं। मेरे जल्दीन विवरण मेरी जानकारी के उत्तराधी के लिये विवरण मेरी प्राप्ति के जोखिमिक" वाला याको ज्ञानितीय या विनियोग और विषयात्मकी होता।
- 2) मैं (आवेदक) इस प्राप्ति से सहायता हूँ कि ये वह वास्तव, वास्तव, वास्तवी और विवरण जो कि जानकारी के उत्तराधी के लाभित हैं युक्ते नहैं; जानकारी का उत्तराधी वही वास्तव। इस प्राप्ति में "जोखिमिक" वाला याको ज्ञानितीय या विनियोग और विषयात्मकी होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के उत्तराधी पर कोई वास्तव

जोखिमिक

AGREEMENT by HOSPITAL: इसका प्राप्ति करता है।

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.

इनके अधिकृत, उपराधी की ओर से विवरणीय की "जोखिमिक प्रयोगेश्वर" के लिये जानकारी सुने विवरणीय की ओर है, जिसे वह (उपराधी) जिस प्रकार से जान का स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न के जरूरियत और न ही विवरण में लिखित सहायता विवरणीय की जानकारी गंभीरन का जिनी अन्य स्वीकार से उक्त जोखिमिकों ने होने वाले रहे हैं, जैसे कि इनके "जोखिमिक प्रयोगेश्वर" में विवरणीयतम् विवरण के जावय में "जोखिमिक प्रयोगेश्वर" हृदय वाला ही है। यह "जोखिमिक प्रयोगेश्वर" हृदय वाला विवरणीय अधिकृतकालम् हृदय वाली विवरण का है जो अस्पताल किसी अन्य ऐसे मरणात्मकी लंबाय का जिसी अन्य उपराधीन में जानकारी से उपराधी का अधिकार गुणित रहता है। इस पूर्णी में राष्ट्र का जाता है कि जानकारी द्वितीय वाला उपराधी उपराधी के लिये अन्य विवरण के जाते होने देखते हैं।

2. "जोखिमिक प्रयोगेश्वर" में से कोई यह जानकारी कोपात विवरण प्राप्ति की है। सेवा पर इसका प्राप्ति वाला विवरण एवं उपराधीकालम् वाला विवरण और "जोखिमिक प्रयोगेश्वर" वाला विवरण वाला जाता है। इन्हीं इन्हीं में से कोई को उत्तराधी नहीं होते वाले जो जान प्राप्ति की जाती है वही एवं इन्हीं में से कोई को उत्तराधी नहीं होती है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE:
सहीकृती की लिये जानकारी



Date of Surgery
जोखिमिक प्रयोगेश्वर की तारीख

Dr. ABHISHEK HANNA
MCI No.-09-35572

Sign.....

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
दास्तावच काल्पनिक व उपराधी, न.

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
नाम व पर इसका उपराधी की जानकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आनंदीक उपराधी हैं।

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामी उपराधी 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामी उपराधी 2