

C19/05/0212

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: V/0619/0244
आवेदन संख्या:APPLICATION DATE: 12/06/19
आवेदन तिथिNAME of APPLICANT: Baikunthi
आवेदक का नामAGE-YEARS आयु-वर्ष: 82
SEX लिंग: FFATHER'S/SPOUSE'S NAME: Yadram
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Nagla Bari, Teh- Mat

Dist- Mathura, U.P., 281202

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

Same as above

Poe of Post of
(0244) BaikunthiOCCUPATION: House wife
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: NA
कुल वार्षिक आय(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 करें):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 सम्बंध
(1)	Hukamo	Late	M	Husband
(2)	Chandrabhan	56	M	Sen
(3)	Bheesh	52	M	Sen
(4)	Billa	48	F	Daughter
(5)	Sukantla	45	F	Daughter

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 विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अवस्थापन/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	BE - COBALT CATARACT
	LE - IOL
	Surgery - @ SICS + IOL

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 सी गई सहायता राशि
1	SCHE	

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 Koshita 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 योशिका फाउंडेशन को यह प्रमाण दे रहा हूँ कि इस प्रमाण में दी गई 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) मेरी आज्ञा है कि सहायता यदि "योजितकृत उद्देश्य" के लिए प्राप्त होती है, उदाहरण के लिए उद्देश्य की पूर्ति के लिए किसी कार्यक्रम, तो इस प्रकार से प्राप्त होगी।

3) मैं योशिका फाउंडेशन को यह प्रमाण दे रहा हूँ कि मैं इस सहायता के लिए किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी के तहत कोई भी अन्य रीकम्पेंसेशन/प्रतिपूर्ति नहीं कर रहा हूँ।

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post-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 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या मोठे की छाप लगाकर, मैं (अर्पक) अपने सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और वे विवरण इस प्रश्न में प्रेषित हैं, इसे "कोशिका" धर्म्य माध्यम, चप, साक्षर/चप मूल्य उद्देश्य से चुकी प्रतिनिधियों और उपायधियों के द्वारा किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से न्यासी अधिकृत है।

2) मैं (अर्पक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" धर्म्य उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

आपके लिए हमारे पास एक विशेष ऑफर 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 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.

हमारे अधीनस्थ, हस्ताक्षर की ओर से याचक/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्वयं ब स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य स्कॉल से उक्त रोगी/रोगिनी के लिए या से रहे है, बल्कि कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त की सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निर्दिष्ट नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सरकारी संस्था या किसी अन्य संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पत्र में स्पष्ट कहा जा रहा है कि अस्पताल द्वितीय चरण उक्त रोगी/रोगिनी के लिए किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संगठन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही यह सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या रोगिनी द्वारा दी गई सलाह या विवेक मते उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं रोगिनी को बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी उपचार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हममतल में रोगी को इलाज सुझा और अपने जाने की सभी दिशाओं में वह इच्छित की होती और "कोशिका" की कोई सुझाव या नियंत्रण इस मामले में नहीं होता।

सभीजनों के लिए संस्कृति

12/06/19

DR. ABHISHEK HANDA
MCI No.-09-35572
Sign: 

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

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

नम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामही हस्ताक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामो वाक्या २

Exemplar

Self