

219/06/0116

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika
foundation
Building block of life.APPLICATION No.:
आवेदन संख्या: V/0619/0250APPLICATION DATE:
आवेदन तिथि 13/06/19NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम

Satya Prakash

AGE-YEARS आयु-वर्ष

59

SEX लिंग

M

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

Jagdeesh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Vill - Bhanteru Post - Nagla Bhanteru

Dist - Mathura U.P. 204213

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

Same as above

Pre op Post op
(0250) Satya
PrakashOCCUPATION:
व्यवसाय

Farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय

20000/-

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

NA

PAN No. सवाई खाना संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर राज है (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगावे)Yes / No
हां / 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)	Savitri Devi	55	F	Wife
(2)	Amit Kumar	24	M	Son
(3)	Vikram Singh	23	M	...
(4)	Chetu	17	M	...

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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 मने किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रविष्टि/पुष्टि संलग्न
	RE - TMSC
	IE - TMSC
	Surgery - (RE) SICS + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रत्येक में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी प्रार्थना रिक्वायर् को खारिज कर दिया जा सकता है।
- 2) मैं दृढ़ता से सहायता पत्र "कोशिका फाउंडेशन", से ही खर्च कर रहा हूँ, इसका उपयोग किसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रत्येक में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि भविष्य में मैं या मेरा परिवार किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न खर्च कर रहा हूँ और न ही भविष्य में करूँगा।

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 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 is this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रत्येक पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्याताओं" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रत्येक में घोषित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा प्रसारित, प्रकाशित, प्रकाशित/प्रसारित करने के लिये उपयोग करने के लिये किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरी प्रत्येक पर विवरण मेरे हस्तक्षेप के बिना या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" व न्याताओं को अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को प्रसारण के उद्देश्यों के अंतर्गत है। मुझे सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा प्रसारित न्याताओं का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या बाएं छाप का स्थान

(Signature)

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 आगे, हस्ताक्षर की ओर से भविष्य में कोई भी "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे सकते हैं:

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी के सम्बन्ध में किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी, जब तक कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त न हो। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जाती है, तो हमें "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जाती है। इस पुष्टि में स्पष्ट नहीं है कि हस्पताल वित्तीय मदद प्राप्त करेगा और "कोशिका फाउंडेशन" की कोई भी वित्तीय मदद या वित्तीय मदद प्राप्त करने में कोई भी भूमिका नहीं होगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही भविष्य में वित्तीय सहायता प्राप्त की जाएगी। रोगी का इलाज हमारे द्वारा ही किया जाएगा और "कोशिका फाउंडेशन" का भुगतान होगा। हमें "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जाती है। इससे हस्पताल में रोगी के इलाज में कोई भी भूमिका नहीं होगी और "कोशिका फाउंडेशन" की कोई भी भूमिका नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Dr. ABHISHEK HANU (आवेदक के लिए सिफारिश)

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 13/06/19	MCIN No. 09-35672 Signature (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व रजि. नं. के साथ छाप	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्याता हस्ताक्षर 1 (Signature)	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्याता हस्ताक्षर 2 (Signature)
---	---

09.08.2018