

C19/06/0157

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	Koshika foundation Building block of life.
APPLICATION No.: आवेदन संख्या :	V/0619/0257	APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 13/06/19	
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम	Khajan Singh	AGE-YEARS आयु-वर्ष 55	SEX लिंग M
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/स्त्री का नाम	Ramchand		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान अवासीय पता Vill - Ladpur, Teh - Chhata Distt → Mathura, U.P. 281401			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : रखाई अवासीय पता Same as above			
OCCUPATION: अवलम्बन	Former.	MARRIED (पिछिल) / UNMARRIED (अविवाहित) (Attach Proof of Income) (आप का साक्ष संलग्न) NA	
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय	20,000/-		
PAN No. स्थाई खाता संख्या			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSSEE (Tick whichever is applicable): कहा आप जाप कर रहा है (जो मान्य हो उस पर सही का विवरण लगाये)			
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			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विभिन्न आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबों रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाप प्रिंट संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य लाल चाँद प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाप प्रिंट संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाप प्रिंट संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विवरों का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/दॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न		
RE → IMSC			
LE → P. P			
Swiggy (१२) - SICS + 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	SCEH		

**DECLARATION by APPLICANT:** अप्पेलेंट द्वारा घोषणा करते हुए:

- 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 प्राप्ति में ऐसे गये सभी विवरण में जल्दाई के अनुचान सामग्री एवं जल्दाई है। यदि कोई विवरण ऐसे कारण अपार्याय यथा जल्दाई है तो ऐसी जल्दाई विवरण को जा जाती है।
- 2) मेरी द्वारा दिया गया "कोशिका पाइडनेशन", से कोई गलती नहीं है, उसका उपयोग मेरी उद्देश्य की पूर्णता के लिये किया जायेगा, जो इस प्राप्ति में चाहा गया है।
- 3) मैं पूर्णता हूँ कि विवरण जल्दाई हेतु यह प्राप्ति की गई है, उस परिणाम का व्यापक यथा जल्दाई विवरण किसी अन्य और अधिकारीय संस्थान से न हो जाया है और वह यही विवरण में दी गई।

**AGREEMENT by APPLICANT (अप्पेलेंट 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 प्राप्ति पर, मेरे जल्दाई या अधिकारीय संस्थान की पूर्णता हूँ कि "कोशिका पाइडनेशन और डाक्टर न्यासीर्वे" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्राप्ति में दी गयी है, उसे "कोशिका" द्वारा, न्यासी, दाक्तर, वापरनाथा द्वारा उद्देश्य से पूर्णता न्यासीर्वे और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्राप्ति माध्यम से प्राप्ति करने के लिए अधिकृत है। यदि इनका जावा विवरण में इलाज के पास हो या बाद में बदले के लिए "कोशिका पाइडनेशन" या न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अप्पेलेंट) इस जावा से जल्दाई है कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि जल्दाई के उद्देश्य से प्राप्ति है पूर्णता स्वरूप जल्दाई का इकाया नहीं बदलता। इस जावा में "कोशिका" द्वारा, उसके न्यासीर्वे का नियंत्रण अधिकारी और वापरनाथा होता है।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

अप्पेलेंट के जल्दाई या अधिकारीय संस्थान



**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 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.

इसी अधिकृत, जल्दाई की ओर से न्यासीर्वे को "कोशिका पाइडनेशन" से विविध जल्दाई हेतु विवरण की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) दिया जाता है जबकि कानून व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न हो बायोसैन और न हो भविष्य में विविध जल्दाई संस्थान का किसी अन्य संस्थान से उक्त एंट्रीजामात्रे में सौंपे या से रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका पाइडनेशन" से विवाहित/विवाहित उक्त के साथपाये "कोशिका पाइडनेशन" द्वारा परद हेतु किया है। यदि "कोशिका पाइडनेशन" द्वारा जल्दाई विवरण अधिकारी/सकार नहीं मन्त्री वही किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य ने जल्दाई संस्थान का किसी अन्य संस्थान से जल्दाई हेतु या अधिकारी सुनिश्चित रखता है। इस पूर्णता में समर्पण करा जाता है कि अस्पताल द्वितीय परद उक्त एंट्रीजामात्रे हेतु कियो गया जल्दाई संस्थान का विविध अन्य जल्दाई से नहीं संगत होती।

2. "कोशिका पाइडनेशन" से ही यह जल्दाई कोणता विविध प्रकृति की है: दोनों पर हस्पताल द्वारा दो यह जल्दाई या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुकाव योगी एवं अस्पताल के बीच का विवरण है और "कोशिका पाइडनेशन" द्वारा कियो गये उपचार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में योगी के इलाज सुधार और अन्य जाने की जल्दाई विवरण द्वारा दिया जाता है और "कोशिका" को कोई खुमिका या विवरणीय इस जावते में नहीं होती।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

इच्छाकुर्ती के लिए संस्कृति

Date of Surgery अंतिम दिन की तिथि  14/06/19	Dr. ABHISHEK HANDE MCI No.-09-35572 Sign.....  (Name of Dr. & Regin. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्पताल व राज्य, न.	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी जल्दाई 1  	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी जल्दाई 2  
---	---