

C19/66/0156

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता देने आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.: V/0619/0259
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE: 13/06/19
आवेदन तिथि:

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष
55

SEX लिंग
F

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

Ramwati

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: कर्तमान अवासांश पता

V.21+po - Ladpur

Dist → Mathura, U.P. 281401

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी अवासांश पता

same as above

Koshika
foundation

building block of life.



Pre op Rx top
(0259) Ramwati

OCCUPATION:
ज्ञानीय

House wife

MARRIED (जिवित) / UNMARRIED (अजिवित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल जिविक आय

NA

(Attach Proof of Income)

(आय का साप्त दस्तावेज़)

NA

PAN No. स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप इनकार दाता हैं (जो मात्र हो उस पर सही का विश्वान होता है):

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 साप्त ज्ञानीय
(1)	Bhegi	60	M	Husband
(2)	Raj Kumar	30	M	Son
(3)	Sukhadash	21	M	Son
(4)	Kamlesh	24	F	Daughter
(5)	Mukesh	20	F	Daughter
(6)	Laudhi	17	F	Daughter

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

BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof
गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाप जीति संलग्न करें)	अल्प आय बर्न प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाप जीति संलग्न करें)	उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाप जीति संलग्न करें)	अन्य कोई साप्त

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये नये विनीती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/दौकान से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RF → IMSC

LE → IMSC

Surgery → RF SECS + ZOL

ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता लियी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALIED स्रोत द्वारा सहायता कराई
1.	SCEH	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा सोचना रहा:

- 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 प्राप्त करता हूँ कि इस प्राप्ति में दिए गये यथोचित कारणों के अनुसार प्राप्त एवं याची है। यदि कोई विवाह एवं काम असाध पाया जाता है तो यही सहायता नियम की जा सकती है।
- 2) ये द्वारा जो सहायता दी गयी "कोशिका फाउंडेशन", से जो नहीं है, उसका उल्लंघन की तुलने की तुली की लिये किया जायगा, जो इस प्राप्ति में पड़ सकता है।
- 3) मैं पूर्ण करता हूँ कि यह सहायता हेतु यह प्राप्ति को नहीं है, इस दौरान मा जीवन का सहायता वित्ती आवधि/प्रोत्तियोजनाओं का नहीं है जो यह सहायता के बाहर नहीं आयी है।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कराया)

- 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 is this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्राप्ति पर अपने हस्ताक्षर या झेंडे की छाप लगाता, मैं (आवेदक) अन्तीम तारीख को पूर्ण करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके जालीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरे नाम, जाति, जीवनी और जो विवाह इस उपकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा, न्यासी, दान, यात्राओं या दूसरे उल्लंघन से नुकी गिरिधरियों और उपस्थितियों के लिये किसी भी प्राप्ति या सहायता से इन्हीं कारणों के लिए अधिकृत है। मैं प्राप्ति का विवाह में दूल्हा के पहले या बाद में कारणों के लिए "कोशिका फाउंडेशन" वा जालीय अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, जाति, जीवनी और विवाह जो कि सहायता के उल्लंघनों से प्रभित है मुझे उठाना सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" द्वारा उसके जालीयों का विस्तृत अधिकृत और वापक कारण होता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक का हस्ताक्षर या झेंडे का विरासत

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा कराया)

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.

इसको अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से याकूब/याकूबी को "कोशिका फाउंडेशन" से विविध सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) नियन्त्रकर ही मन्त्र व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वार्तालाल और न ही परिवार में विविध सहायता किसी गैर सहकारी संस्थान या किसी अन्य स्थोत्र से उस हेतु यात्रा में होने वा से रहे हैं, जैसे कि इनमें "कोशिका फाउंडेशन" से विविध सहायता के लिये दी गयी अन्य सहायता को सहायता के लिये किसी अन्य स्थोत्र से उसे होने वा से रहे हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनियोगी अधिकृतावाकाल हेतु मन्त्र नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और साकारी संस्था वा किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस पूर्ण में स्वाक्षर कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय बदल उस योगी/व्यक्ति को हेतु किसी गैर सहकारी संस्था वा किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/देगा।

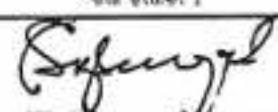
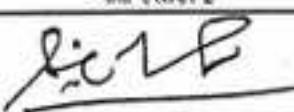
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो वह सहायता लोकत विविध प्रकृति की है: ऐसी वह हस्ताक्षर द्वारा ही वह सहायता का किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव योगी एवं हस्ताक्षर के बीच का विवाह है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार वा कोई दस्तावेज नहीं है। इसीलिये हस्ताक्षर में ऐसी वह हस्ताक्षर सुनाया और जोने वाले को सही विविधता योगी एवं हस्ताक्षर की होती है और "कोशिका" को कोई भूमिका या विस्तृत वापर नहीं होती।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्कृति**

Date of Surgery अंतिम वार्ताल की तारीख 14/06/19	Dr. ABHISHEK HAND MCI No.-09-35572 Sign..... (Name of Dr. & Regt. No. with Stamp) दास्तावेज का नाम व हस्ताक्षर व रोज. न.	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी 
---	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHICA FOUNDATION

अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नाम हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नाम हस्ताक्षर 2 
--	---