

019/09/10354

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

010919/0138

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

18.09.2019

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Kamlesh

AGE-YEARS आयु-वर्ष

48

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

C/O Shikhar

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Village - Lodhipur Post Behat
Tahsil - Behat Distt Saharanpur
Uttar Pradesh 247121

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

AS ABOVE

Pre op Post op
Kamlesh 0138

OCCUPATION:

व्यवसाय

House wife

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

58,000

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. पैन संख्या

NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय करदाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

Yes/No

हाँ/नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member सदस्य के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
(1)	Shiv Kumar	50	M	Husband
(2)	Kamlesh	48	M	Son
(3)	Shikhar	18	F	Daughter
(4)	Rekha	15	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवृति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) सब्सिडी कार्ड का 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) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विवृति का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
(1)	Diagnosis - RE - Mal-Cat Le - S.M.S.I
(2)	Surgery - RE - STCS + IOL

ASSISTANCE BEING AWAIRED 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 AWAIRED लौ गई सहायता राशी
(1)	SCEH	

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शेदक इत घोरत 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 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 for which this assistance is requested.

- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में मिले गये सभी निशान मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई निशान एवं कथना असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जायेगी।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से मिली जा रही है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में पत्र मांग रहा है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य को नहीं है, इस प्रती का अतिरिक्त या समस्त निम्न किसी अन्य स्रोत/निर्देशक/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेदक इत करता)

- 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/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 it's 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठी की छाप लगाकर, मैं (अर्शेदक) अपनी जानकारी की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वो निशान इस प्रकरण में प्रयोग है, उसे "कोशिका" एनएन न्यूजी, दए, याचक/च दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सम्भव हो प्रमाणित करने के लिए अधिकृत है। मैं प्रकरण का निशान मेरे हस्ताक्षर के अंगूठी या छाप में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यूजी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और निशान को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रयोग है कुछ पत्रों: सहायता का हस्ताक्षर की बताया। इस सम्बंध में "कोशिका" एनएन उद्देश्य भविष्य का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शेदक की हस्ताक्षर या अंगूठी का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल इत करता)

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 अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से समझते हैं कि "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जा रही है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रमाण से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) कि मैं न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी सहायी संस्था या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करे/कराऊँगी मैं सोचता हूँ कि मैंने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश उपाय से समझ में "कोशिका फाउंडेशन" इस बात हेतु कि मैं "कोशिका फाउंडेशन" इस सहायता किसी भी प्रकार/प्रक्रिया हेतु समझता हूँ कि मैंने अपना किसी अन्य स्रोत/सहायता से सहायता लेने का अधिकार प्रमाणित नहीं है। इस पुष्टि में समझ जाता है कि सहायता प्रमाणित पत्र उपाय करे/कराऊँगी हेतु किसी भी सहायी स्रोत या किसी अन्य स्रोत से नहीं करे/कराऊँगी।
 - 2) "कोशिका फाउंडेशन" से ही मैं सहायता केवल वित्तिय प्रमाणित की है। सोचता हूँ कि हम (हस्पताल) इस से यह समझता कि मेरे उपचार/प्रक्रिया का चुनाव मेरी ही हस्ताक्षर से और का निशान है और "कोशिका फाउंडेशन" इस किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। हमलिये हस्ताक्षर में मेरी ही हस्ताक्षर द्वारा और मेरी जाने की हस्ताक्षर/प्रमाणित मेरी ही हस्ताक्षर की हस्ताक्षर और "कोशिका" को कोई भुविगत या वित्तिय/प्रमाणित इस मामले में नहीं हस्ताक्षर।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख
18-09-2019

Dr. Monali Rathod (DNB)

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप

VIVEK DANA
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
Dr. Shru... on behalf of Hospital)
नाम व हस्ताक्षर व छाप अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2