

019/09/0393

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

C10919/0152

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

19.09.2019

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Bugli

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

62

F

FATHER/SPOUSE'S NAME

पिता/कटुम्ब का नाम

W/o Rakam Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Village - Jetha Post Khadana
 Tehsil - Manku Distt. Saharanpur
 Uttar Pradesh 247241

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

Idi above

OCCUPATION :

व्यवसाय

House wife

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

60,000

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. स्थायी खाता संख्या

NA

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

Yes / हा

No / 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)	Rakam Singh	62	M	Husband
(2)	Ram Singh	35	M	Son
(3)	Ram Singh	35	M	Son

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) आय 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 विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
(1)	Diagnosis - RE - IMSC LE - IMSC
(2)	Surgery - LE - SICS + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिय गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ले गई सहायता राशि
(1)	SCEH	

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा घोषणा करें)

- 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य वाक्य भ्रमण वाक्य पतल है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को सहायता पत्र "कोशिका फाउंडेशन", से सही वा सही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में मांग गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि निम्न सहायता हेतु यह अर्थव्यय की गई है, इस पत्र का अधिकतम या समस्त हिस्सा किसी अन्य प्रोत्तनियोग्य/व्यय कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा करार)

- 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकार पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके पालकों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार से प्रकाशित करें, इसे "कोशिका" एवम् पत्रों, पत्र, पात्र/पत्रिका द्वारा इत्यादि से मुझे गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सहायता से प्रचारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरी इच्छा के अनुसार या कर मे करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" व पत्रों से अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित है मुझे सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके पालकों का निर्णय अंतिम और अप्रत्यक्ष होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

RH
self

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 (Hospitals) 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 सहायता/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" को वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:
- 1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त होने में लगे या से लगे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विचारित इस बात को मान्य है "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी गतिविधियों/प्रकार हेतु प्राप्त नहीं किया जाय है तो अस्पताल किसी अन्य भी सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय मदद प्राप्त होगी/प्राप्त हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेता/लेगी।
 2. "कोशिका फाउंडेशन" से भी मांग सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सहायता का विवरण मेरे उपलब्ध/वित्तीय का प्रमाण हेतु एवं हस्पताल को बीमा का विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रक्षण नहीं है। इसलिए अस्पताल में रोगी के इलाज सुचारु और अपने जाने की सारी जिम्मेदारियां रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई प्रतिक्रिया या विवेचन हेतु आवश्यक नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery अपरेसन की तारीख 19.09.2019	Dr. Gaurav Shah (MSc) DR. Gaurav Shah (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.	VIVEK RANA Administrator (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory Dr. Shashi's Clinic on behalf of Hospital) जब वे से हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आंतरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 म्यासी हस्ताक्षर 1 Safar	SIGNATURE of TRUSTEE 2 म्यासी हस्ताक्षर 2 Safar
---	---