

C19/07/0335

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika
Foundation
Building block of lifeAPPLICATION No.:
आवेदन संख्या: V/0919/0518APPLICATION DATE:
आवेदन तिथि: 01/09/19NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम: Jadveer SinghAGE-YEARS आयु-वर्ष: 70
SEX लिंग: MFATHER'S/SPOUSE'S NAME:
पिता/पत्नी का नाम: Munshi Lal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Nathu Nagla, Sadabad

Distt - Hathras, U.P., 201306

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION:
व्यवसाय: Farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय: 19000/-(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न)

ND

PAN No. स्थायी आयकर संख्या

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 परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1	Dayawati	late	F	Wife
2	Ravinder Singh	40	M	Son
3	Shekhar Singh	34	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (tick whichever is applicable)
सहायता के लिये निम्न आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे माँगे निम्न का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयुष्मान/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन शुद्धी संलग्न
	RE - EMSC
	IE - RP
	Surgery - (RE) SICCS + 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 लगी गई सहायता राशि
1	SCH -	



DECLARATION by APPLICANT: आवेदन करने वाले का:

- 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 यहाँ पर घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य माना गया था वह गलत है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस फॉर्म में मांग किया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर घोषणा करता हूँ कि मैंने भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो सहायता ली है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन करने वाला)

- 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 फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या मुद्रित नाम (आवेदनकर्ता) करके मैं "कोशिका फाउंडेशन" और इसके ट्रस्टियों को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस फॉर्म में प्रेषित हैं, जो "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मेरी, मेरी पत्नी, मेरे बच्चे, मेरे परिवार के सदस्यों से मुझे प्राप्त विवरणों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा या विवरण को इसका उपयोग करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" या किसी भी अन्य व्यक्ति द्वारा।
- 2) मैं (आवेदनकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी प्रकार के उद्देश्यों के लिये प्रेषित है मुझे सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा उद्देश्यों के लिये निर्धारित और अनुमति दी होगी।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनकर्ता के हस्ताक्षर या मुद्रित नाम

जयदीप सिंह

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा)

- By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर करने वाले को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं:
- 1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी के सम्बंध में किसी अन्य स्रोत से प्राप्त की जाएगी, जहाँ तक कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता/वित्तीय सहायता के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मांग किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जाती है तो हमें सहायता प्रदान करने की आवश्यकता नहीं है। इस पुष्टि के साथ हम घोषणा करते हैं कि हमारा हॉस्पिटल न तो किसी भी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि के साथ हम घोषणा करते हैं कि हमारा हॉस्पिटल न तो किसी भी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्तगत प्राप्त की गई सहायता का लिये जाने के उपरांत/प्रक्रिया का चुनाव रोगी के बीच का विचार है जो "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्तगत में रोगी के हस्तगत प्राप्त और जाने जाने के उपरांत/प्रक्रिया रोगी के बीच का विचार है जो "कोशिका फाउंडेशन" को कोई प्रभाव नहीं है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 02/09/19	Dr. ABHISHEK HANDA MCI No.-0935572 Sign..... (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
	