

019/09/0127

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: **V/0919/0564**
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: **09/09/19**
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम

Ramvati

AGE-YEARS आयु-वर्ष

45

SEX लिंग

M

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

Vcd Ram.

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Vill - Kankath Mangar

Dist - Mathura, U.P., 281201

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

same as above



**File of Post of
(0564) Ramvati**

OCCUPATION:
व्यवसाय

Housewife

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय

NA

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न) **NA**

PAN No. सवाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता 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 सम्बंध
1	Shahab Singh	47	M	Husband
2	Hareem	20	M	SON
3	Devendra	17	M	SON
4	Sumanendra	14	M	SON
5	Priyanka	12	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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) उपभोक्ता 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
	KE - Pop.
	LE - F.M.S.C.
	Surgery - (LE) STCT 70L

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 कौी गई सहायता राशी
1	SCCH	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा 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 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 फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा सत्य बात है तो कोई सहायक निरास हो या सकता है।
- 2) मैं इस 'उद्देश्य' को सहायक प्राप्त "कोशिका फाउन्डेशन", से ही वांछित हूँ, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायक हेतु यह लाभ नहीं ले रहा हूँ, इस लाभ का अधिकार या संबंध किसी किसी अन्य प्रोविडर/एम्प्लॉयर/बीमा कंपनी से या जो मिले है और मैं इस घोषणा में हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा स्वीकार)

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 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 फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस फॉर्म में घोषित है, उसे "कोशिका" एम्प्लॉयी, दान, वाचनाय द्वारा उद्देश्यों से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को विभिन्न किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे फॉर्म का प्रसारण भी इसका एक हिस्सा है और मैं इसके लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से स्वीकृति अधिकृत हूँ।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायक के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे सहायक का हकदार नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एम्प्लॉयी उसके अधिकारों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा स्वीकार)

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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर को और से उपलब्ध होने को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायक हेतु सिफारिश की जाती है, बिना इसके (हस्पताल) जिस प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) वह कि मैं न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायक किसी और सहायक संस्थान या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने/पाने में सोच या सोच रहा हूँ, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/प्रस्तावित अथवा से सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायक विधि अधिकृत/प्रदान हेतु अनुमति नहीं दिया जाता है तो हमारा विचार अन्य और सहायक संस्था या किसी अन्य सहायक से सहायक लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायक प्रदान करने के लिए हमारे और सहायक संस्था का किसी अन्य सहायक से नहीं लेना/लेना।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही वह सहायक केवल वित्तीय प्रकृति की है। मेरी पर हमारा इस भी गई सहायक का विवेक एवं उपकरण/प्रक्रिया का चुनाव हमारे ही होगा। हमारे सहायक का विचार है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। हमारे हस्पताल में हमारे को इसका सुझाव और जाने जाने की सही निर्णय/सिफारिश है। हमारा ही होगा और "कोशिका" की कोई भी निर्णय या निर्णय/सिफारिश इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

हस्ताक्षर के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

10/09/19

Dr. ABHISHEK HANDA

MCI No.-09-35572

Signature

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व सील व

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

[Signature]