

21/09/2015

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No. :

V/0919/0568

APPLICATION DATE :

09/09/14

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Raghuveer Singh

AGE-YEARS आयु-वर्ष

65

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कटुम्भ का नाम

Udal Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता

Vill+po - Jataura

Dist - Meharajpur, DP. 281301

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवास पता

Same as above



Pie of Post of
(0568) Raghuveer
Singh

OCCUPATION :

व्यवसाय

Unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

NA

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. स्थायी खाता संख्या

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

क्या आप आय कर दाखल 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	Mahadevi	late	F	Wife
2	Laxman	37	F	SON
3	Rajja	34	F	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) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें।)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य 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 - IMSC
	LE - IMSC
	Surgery - (KE) SILENT FOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिय गयी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि
1-	SEH	

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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं सत्यता सत्यता गलत है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं इस को सहायता यदि "कोशिका फाउंडेशन", से ही का रही है, इसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि विषय सहायता हेतु पर प्रार्थना की गई है, अब यदि का अधिकतम या सहायता किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न हो लिये है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा सहमत)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print-upreproduce 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा पत्र, चित्र, चरित्र, दूरदर्शन से कुड़ी परिकल्पित और जानकारी के लिये किसी भी प्रकार सम्भव से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे स्वास्थ्य के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" में जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रसारित है उसे स्वतः सहायता का इस्तेमाल नहीं होगा। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसके भरोदारों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा सहमत)

- 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.
- हमने अधिष्ठित, हस्ताक्षर की और से आपसे/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:
- 1) यह कि न तो हमारे और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/कराले में होने या हो रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/अनुमति प्राप्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मंजूर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अधिकतम/सफल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल पूर्णतः मात्र उस रोगी/मार्ग हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता से नहीं संपर्क करेगा।
 2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही मैं सहायता संगठन वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज इस बात की पुष्टि करने के लिये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी और डॉक्टर के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हमारा मत रोगी को इलाज चुनना और अपने जाने, जो-जो विनिर्देश लेने एवं इलाज को हेतु और "कोशिका" को कोई सुनिश्चित या विनिर्देश इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

10/09/19

Dr. ABHISHEK HANDA
MCI No.-09-35572

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

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
भारती हस्ताक्षर 1

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2
भारती हस्ताक्षर 2

[Signature]