

21/09/2017

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. :
आवेदन संख्या : V/0919/0573

APPLICATION DATE :
आवेदन तिथि 10/09/19

NAME of APPLICANT :
आवेदक का नाम Dayachand

AGE-YEARS उम्र-वर्ष 57
SEX लिंग M



FATHER'S/SPOUSE'S NAME :
पिता/कटुम्ब का नाम Parabhatt

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
Vill - Hasanpur
Distt - Mathura, U.P., 281301
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता
Sringar da Ahoup

File of Post of
(0573) Dayachand

OCCUPATION :
व्यवसाय Labour

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :
कुल वार्षिक आय NA

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न) NA

PAN No. स्वयं 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 लगायें) Yes / No
हां / 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	Chand	54	F	WIFE
2	Anil	26	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) 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
	RE - I.M.S.C.
	LE - I.M.S.C.
	Surgery - (TE) - SIGS + 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 ली गई सहायता राशि
1	SCCH	

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शेक इतत धर)

- 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 यह सत्यता के लिए सबूत दे रहा हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं बताया गया है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर यथासंभव सच "कॉशिका फाउन्डेशन", से सहायता ले रहा हूँ, जो कि केवल उन्हीं उद्देश्यों के लिए ही है, जो इस प्रारूप में बतलाये गये हैं।
- 3) मैं यहाँ पर यह सत्यता के लिए सबूत दे रहा हूँ कि मैंने भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से वही राशि नहीं लेगी और न ही किसी भी व्यक्ति से।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेक इतत धर)

- 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 प्रारूप पर अपना हस्ताक्षर या अंगूठा लगाकर, मैं (अर्शेक) अपनी जानकारी की पुष्टि करता हूँ एवं "कॉशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रारूप में प्रयोग कर सकते हैं, जिसके माध्यम से वे दानों को एकत्रित कर सकें और/या कॉशिका फाउन्डेशन के गतिविधियों और उपलब्धियों के बारे में जानकारी प्रसारित कर सकें। इस प्रकार मेरे नाम और विवरण का प्रयोग कॉशिका फाउन्डेशन द्वारा मेरे उपचार से पहले या बाद में किया जा सकता है।
- 2) मैं (अर्शेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कॉशिका फाउन्डेशन के ट्रस्टियों से अधिकृत है जो सहायता के लिए मेरी सहायता का निर्णय ले सकेंगे। इस निर्णय में "कॉशिका" फाउन्डेशन के ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शेक के हस्ताक्षर या अंगूठा का चित्रण

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा धर)

- 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 करने वाले अधिकारी को "कॉशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश करने का अधिकार है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं:
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी तरह से किसी अन्य स्रोत से प्राप्त की जाएगी, जो कि हमें कॉशिका फाउन्डेशन से प्राप्त करने के लिए आवश्यक है। यदि कॉशिका फाउन्डेशन द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि के साथ हम यह भी मान्यता दे रहे हैं कि कॉशिका फाउन्डेशन द्वारा सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमारे और हॉस्पिटल के बीच के व्यवस्थापन और उपचार का निर्णय कॉशिका फाउन्डेशन द्वारा प्रभावित नहीं होता है।
- 2. "कॉशिका फाउन्डेशन" से सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमारे और हॉस्पिटल के बीच के व्यवस्थापन और उपचार का निर्णय कॉशिका फाउन्डेशन द्वारा प्रभावित नहीं होता है। हमें अपने और हमारे अधिकृत अधिकारी को सहायता के लिए पूर्ण और संपूर्ण जिम्मेदारियों को सौंप दिया गया है और "कॉशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

11/09/19

Dr. ABHISHEK HANDE
MCI No.-09-35572

Sign.....
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व सील

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



FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अंदरूनी उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
यात्री हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
यात्री हस्ताक्षर 2