

C19/09/0156

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

 (Healthcare)
 (स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building block of life.

 APPLICATION No. : 1091910579
 आवेदन संख्या :

 APPLICATION DATE : 10/09/19
 आवेदन तिथि

 NAME of APPLICANT : Babu
 आवेदक का नाम

 AGE-YEARS आयु-वर्ष : 60
 SEX लिंग : M

 FATHER'S/SPOUSE'S NAME : Chhidda
 पिता/ससुरा का नाम


PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Vill - Bhagan Chhata

Dist - Mathura, N.P. 281507

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

Same as above.

 Pmc of Pass of
 (0579) Babu

 OCCUPATION : Farmer
 व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

 TOTAL ANNUAL INCOME : 19000/-
 कुल वार्षिक आय

 (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 दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगायें)

 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	Kastina	57	F	Wife
2	Awan	24	M	Son

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

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

 "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
 सहायता हेतु किसे मने विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RF - J.M.G.
	LE - J.M.S.C.
	Surgery - (2) STES + FOL

 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 जो गई सहायता राशि
1-	SCEH	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा यह:

- 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 मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी राशि मिले, उसका इस्तेमाल उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस फॉर्म में उल्लेखित है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में कोई भी राशि, इस राशि का अधिकतम या समस्त हिस्सा किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 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 एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस फॉर्म में उल्लेखित हैं, उसे "कोशिका" एम्प्लॉयर्स, डॉक्टर, सचिव/एनएच आर आदिकरण से सुदूर कॉन्टैक्टिंग और प्रचार/विज्ञापन के लिए किसी भी प्रकार का प्रयास करने के लिए अधिकृत है। मेरे उद्देश्य का निर्वहन मेरे हस्ताक्षर के पक्ष में या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" न ज़िम्मेदार रहती है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों को प्राप्त करने के लिए सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लॉयर्स ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या बायाँ अंगूठे की छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा करार)

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 की तौर से प्रमाणित/संकेतित की "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना इस (हस्ताक्षर) विना प्रस्ताव से मान्य न रखे/स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या ले रहे हैं, बल्कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विज्ञापन उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु मिले है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निरस्त/अस्वीकार/कमाल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट किया जाता है कि अस्पताल डिग्री न कर उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही मैं सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्ताक्षर द्वारा ही मैं संसद का किये गये उपकरण/उपकरण का चुनाव लेगी एवं उपकरणों के बीच का विचार है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्ताक्षर मैं रोगी के प्रत्यक्ष सुझाव और जाने वाले गये उपकरण/उपकरणों का ही उपयोग करूँगी और "कोशिका" की कोई सुरक्षा या विनिर्देश इस प्रस्ताव में नहीं होगी।



RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>11/09/19</p>	<p>Dr. ABHISHEK HANDA MCI No.-09-35572 Sign..... (Name of Dr. & Regn. No. With Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.</p>	<p>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी</p>
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत इस्तेमाल हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामों हस्ताक्षर 1</p> <p><i>[Signature]</i></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामों हस्ताक्षर 2</p> <p><i>[Signature]</i></p>
---	---