

C19/08/0117

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

V/0919/0599

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

17/09/19

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Amar Singh

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

65

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कटुम्ब का नाम

Tara Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Vill - Nagla Anil, Bahadurganj

Distt - Hathras, U.P. 204213

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

Same as above.

OCCUPATION :

व्यवसाय

Unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

NA

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

PAN No. स्थाई खाता संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मन्व हो उस पर सही का निशान 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	Sakuntla	63	F	Wife
2	Harim	39	M	Son
3	Man Singh	34	M	Son
4	Gajender	30	M	Son
5	Kirendra	26	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये कितने आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विवरी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई इलाज/दवा सूची संलग्न
	RE - P.P.
	LE - TMSC
	Surgery - (1) STCS + TOL

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 सी गई सहायता राशी
1-	SCEH	



Pre of Post of
(0599) Amar
Singh

DECLARATION by APPLICANT: अवेरफ एन अवेरफ एन

- 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 प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य मानने लायक पाया जाता है तो मेरी साहाय्य निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं द्वारा जो साहाय्य एत "कौशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाना, जो इस प्रश्न में पूछा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस साहाय्य से न तो अन्य किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो रिफंड है और न ही अधिकार है।

AGREEMENT by APPLICANT (সাক্ষরতা প্রাপ্ত ব্যক্তি)

- 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 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठी की छाप लगाकर, मैं (अर्पक) अपनी सन्मति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और वो विषय इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" समूह पत्रों, रात्र, कार्यक्रमों द्वारा पत्रों से मुझे व्यक्तिगत और वित्तीयों के लिये किसी भी प्रकार सहायता से प्रभावित करने के लिए अधिकृत है। जो प्रश्न का विषय मेरे हस्ताक्षर के पहले या बाद में कर के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्पक) इस बात से सन्मति हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विषय जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है पुनः सहायता का हवाला नहीं सकता। इस सम्बंध में "कोशिका" समूह उसकी न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

આપેલ બે કાલનાર ના અંકો ના ગુણન

3-14-21

AGREEMENT by HOSPITAL (ATTACH TO WWT)

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 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 this 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 अभियान, इरादाओं की ओर से पागले/छेदी की "कॉन्सिडर गवर्नमेंस" से विविध सहभाग देते सिफारिश भी जाती है, जिसे इन (इरादों) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:

- 1) यह कि न तो बांधक और न ही अधिका में किसी सहायक किसी गैर सहायी सम्पत्त या किसी अन्य उद्योग से उठा लेने/पकाने में होने का हो रहे है, बल्कि कि हमने "कोलिका पाठ्यपत्र" से विचारविमर्शित करने के सम्बन्ध में "कोलिका पाठ्यपत्र" द्वारा नजर हेतु कि है। यदि "कोलिका पाठ्यपत्र" द्वारा सहायक किसी बांधकालगत हेतु पकाने नहीं किया जाता है तो अन्ततः किसी अन्य गैर सहायी सम्पत्त या किसी अन्य सम्पत्त से सहायक लेने का अधिकार मुद्रित रहता है। इस मुद्रित में स्पष्ट कहा जाता है कि अन्ततः द्वितीय नजर उठा लेने/पकाने हेतु किसी गैर सहायी सम्पत्त या किसी अन्य सम्पत्त से नहीं लेना/पकाने।
2. "कोलिका पाठ्यपत्र" से लेने का सहायक कोलिका अधिकार प्रकृति की है। ऐसी पर हमलात इस की यह सहायक या किसी गैर सहायक/अधिकार का मुद्रित लेने का अधिकार को बीच का विचार है और "कोलिका पाठ्यपत्र" द्वारा किसी प्रकार का कोई रहता नहीं है। हालाँकि हमलात में ऐसी के इलाक मुद्रित और जाने जाने का अधिकार प्रकृति ऐसी पर हमलात की होती और "कोलिका" को कोई अधिकार या अधिकार इस सम्पत्त में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

एन.डी.ए. के लिए संसद

~~Dr. ABHISHEK HANDA~~

MCI No.-09-35572

Sign...

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

आपका नाम है हमारा क्या है रजि. नं.

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

याम् न पदं हस्तगतं अधिकृतं अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी बालाश्रम ।

Exchanged

SIGNATURE of TRUSTEE 2

संज्ञा संख्या २

Self