

C/9/09/0281

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika
foundation
Building block of life.APPLICATION No.: V/0919/0600
आवेदन संख्या:APPLICATION DATE: 17/09/19
आवेदन तिथिNAME of APPLICANT: Dharmapal
आवेदक का नामAGE-YEARS आयु-वर्ष 40
SEX लिंग MFATHER'S/SPOUSE'S NAME: Latu?
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

Vill - Nagla An, Bandhara

Dist - Mathura. U.P. 204013

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता

Same as above

Bce of Post of
(0600) DharmapalOCCUPATION: Labour
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: NA
कुल वार्षिक आय(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न) NA

PAN No. स्थायी आयकर 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 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 सम्बंध
1	Pinki	39	F	Wife
2	Dev	20	M	Son
3	Prashant	17	M	Son
4	Khushi	13	F	Daughter

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाव प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाव प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाव प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये निशान का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन याची संलग्न
	RE - IMST
	LE - P.P
	Surgery - (R) 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 राशि
1-	SCEN	

DECLARATION by APPLICANT: (अवेदक द्वारा घोषणा कर)

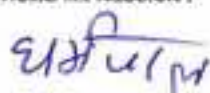
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", 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 प्रत्येक में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से सहायता प्राप्त "कॉशिका फाउन्डेशन", से लेता हूँ, इसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रत्येक में कहा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं कर रहा हूँ, इस राशि का अधिकतम या समस्त हिस्सा किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अवेदक द्वारा कर)

- 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 is in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रत्येक पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कॉशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायोक्त" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वे विवरण इस प्रकार से प्रेषित हों, जैसे "कॉशिका" स्वयं न्यायोक्त, दान, वाचना/चित्रण वगैरह से धुकी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सहायता से प्रवर्तित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रत्येक का विवरण मेरी इच्छा के फलस्वरूप या कर मे करके के लिए "कॉशिका फाउन्डेशन" से न्यायोक्त अधिकृत है।
- 2) मैं (अवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित हैं मुझे स्वतः सहायता का हक्क नहीं करता। इस सम्बंध में "कॉशिका" स्वयं न्यायोक्त का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान


AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कर)

- 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 ओर से मामला/रोगी को "कॉशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व 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/मामले में लेने का ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कॉशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्णय उक्त से सम्बंध में "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा मन्त्र हेतु कि है। यदि "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निर्णय सिफारिश/समस्त हेतु मन्त्र नहीं किया जाता है तो हमसभ किसी अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमसभ द्वारा उक्त रोगी/मामले हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य संगठन से नहीं ले रहे/लेगी।
- 2) "कॉशिका फाउन्डेशन" से ले रहे सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा की गई छल्ला का निर्णय हमें उपचार/प्रक्रिया का चुनाव करने के बीच का विषय है और "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रचना नहीं है। इसीलिए हमसभ में रोगी को इलाज सुरक्षित और अने जाने के लिये जिम्मेदारी होगी एवं हस्पताल की होगी और "कॉशिका" को कोई भुविगत या वित्तीय हेतु इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

हस्ताक्षर के लिए संस्तुति

Date of Surgery अविराज की तारीख 18/09/19	Dr. ABHISHEK HANDE MCI No.-09-35572 Sign..... (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अंतर्गत उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायोक्त हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायोक्त हस्ताक्षर 2
