

C19/09/0292

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika
foundation
Building block of life.APPLICATION No.:
आवेदन संख्या: V/0919/0608APPLICATION DATE:
आवेदन तिथि 17/09/19NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम Vikram SinghAGE-YEARS आयु-वर्ष 70
SEX लिंग MFATHER'S/SPOUSE'S NAME:
पिता/कटुम्ब का नाम Bhawan SinghPRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
Vill - Nagla Ani, Haridwar

Dist - Haridwar - U.P. 204213

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

Same as above

Pte of Post of
(0608) Vikram
SinghOCCUPATION:
व्यवसाय Unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय NA(Attach Proof of Income)
(आय का सत्य संपन्न) NA

PAN No. स्थाई आय संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर पत्रा है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये)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 सम्बंध
1	Secta Devi	Late	F	Wife
2	Rakesh	43	M	Son
3	Ravendra	40	M	II
4	Meena	38	F	Daughter
5	Preeti	33	F	II

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

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

PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विषय का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन चुपी संलग्न
	RE - P.P
	LE - TMSC
	Surgery - (10) STCS + JOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME *PURPOSE* from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा है:

- 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 प्रत्यक्ष में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन प्रत्यक्ष प्राप्त करता है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रत्यक्ष में पत्र प्राप्त है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या प्रत्यक्ष की गई है, उस राशि का अधिकतम या समस्त विवरण किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न हो लिया है और न हो भविष्य में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-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 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 प्रत्यक्ष पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन" और उसके "व्यवस्थापकों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रत्यक्ष में प्रेषित है, इसे "कोशिका" एम्बल्ड, प्रिंट, पोस्ट/पुनर्प्रोड्यूस करने के माध्यम से या अन्य किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रत्यक्ष का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से नहीं अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे प्राप्त; सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्बल्ड उनके व्यक्तियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप

विजयम

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)

- 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.
- हस्ताक्षर करके, हमारे द्वारा, हमारे द्वारा सिफारिश करने वाले "कोशिका 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 भी तरह से या किसी अन्य स्रोत से उठा ली जाएगी या लेने का कोई प्रयत्न होगा, जब तक कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश की मदद के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मंजूरी नहीं दी है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता सिफारिश अस्वीकार/समझौता हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल को अपने ही स्रोतों से या किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट किया जाता है कि अस्पताल वित्तीय मदद प्राप्त करने वाली मदद हेतु किसी भी तरह से या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेना होगा।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। ऐसी या अस्पताल द्वारा दी गई सलाह या चिकित्सा उपचार/उपचार का चुनाव केवल डॉक्टर और रोगी के बीच का विचार है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए अस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षित और अपने आप में सही होगा और "कोशिका" को कोई ज़िम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Dr. ABHISHEK HANDA

MCI No.-09-35572

Sign.....

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

डॉक्टर का नाम, रेगन नं. और छाप

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

नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्दरूनी उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

Safar

Safar