

019/09/0508

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building Block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

V/1019/0622

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

30/09/19

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Khatijan

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

55

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/सहोदर का नाम

Halla

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Vill+ Po - DENAHPORA

Distt - Mathura, U.P., 201502

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

Same as above



Pre OP

Post OP

(0622) Khatijan

OCCUPATION:

व्यवसाय

Housewife

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

NA

(Attach Proof of Income)

(आय का सक्षम संलग्न)

NA

PAN No. स्पष्ट छाया 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 लगाएं)

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 से संबंध
1	Bhavdutt	57	M	Husband
2	Fatima	33	F	Daughter
3	Anwar	30	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवृति आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विवृति का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE - HSC
	LE - HSC
	surgery - (RE) STCS+JOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कहीं 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 सी गई सहायता राशि
1-	SCEN	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषित 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 प्रार्थन में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण झूठ कमजोर बरतया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इससे सहायता यदि "निर्दिष्ट कार्य" के लिए, तो ही जा रही है, वरन्ता उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रार्थन में मांग किया है।
- 3) मैं प्रतिबद्धता करता हूँ कि जिस सहायता के लिए मैं प्रार्थना कर रहा हूँ, उस सहायता का अधिक या समकालीन किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (SEEKING EID WORK)

- 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 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 मुद्रा लगाकर, मैं (अर्पक) अपने सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा व्यक्ति, घर, वाहन/वाहन चालक/उद्देश्य के जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को शीघ्र किसी भी उपाय साधन से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न पर विवरण में हस्ताक्षर के फलस्वरूप या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्पक) इस बात से राजाज हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता की उद्देश्यों के प्रेषित है मुझे स्पष्ट; सहायता का एकदम की वचन। इस समर्थन में "कोशिका" द्वारा उससे न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

खायेसक के हलखर या अंगठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा स्वीकृति)

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, in 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 अधिकांश, कमालसे घटे और से सम्बन्धितों के "वैश्विक सम्बन्ध" से विविध सम्बन्धित विचारों की सहायता है, जिसे हम (इसका) विचार प्रसार से अन्य व स्वीकार करते हैं।

- [illegible]

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए भेजना

Date of Surgery
જાગેશ બી સરેખ

Dr. PRIYA AGRAWA
MCI No.-58417

Signature..... (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
हस्ताक्षर का नाम व प्रमाणित व रजि. नं.

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

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION ज्ञानार्थि उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नाम: १. २. ३. ४. ५. ६. ७. ८. ९. १०. ११. १२. १३. १४. १५. १६. १७. १८. १९. २०. २१. २२. २३. २४. २५. २६. २७. २८. २९. ३०. ३१. ३२. ३३. ३४. ३५. ३६. ३७. ३८. ३९. ४०. ४१. ४२. ४३. ४४. ४५. ४६. ४७. ४८. ४९. ५०. ५१. ५२. ५३. ५४. ५५. ५६. ५७. ५८. ५९. ६०. ६१. ६२. ६३. ६४. ६५. ६६. ६७. ६८. ६९. ७०. ७१. ७२. ७३. ७४. ७५. ७६. ७७. ७८. ७९. ८०. ८१. ८२. ८३. ८४. ८५. ८६. ८७. ८८. ८९. ९०. ९१. ९२. ९३. ९४. ९५. ९६. ९७. ९८. ९९. १००.

Safeway

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामो इत्यादि 2

here