

C19/09/05/18

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

V/1019/0624

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

30/09/19

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Piroji

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

50

f

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

Aslam

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Village -

Deubehra

Dist -

Mathura, U.P., 281502

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

Same as above



Brook

Postor

(0624) Piroji

OCCUPATION :

व्यवसाय

Housewife

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

NA

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न) NA

PAN No. स्पष्ट छाता 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 लगाएं)

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	Muhammad Rosh	54	M	Husband
2	Tufan	27	M	SON
3	mahjaveen	25	M	SON
4	Rukhsana	23	F	Daughter
5	Muddis	20	M	SON
6	Siddiki	18	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE - TMS
	LE - TMS
	Surgery - (RE) 31091201

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 ली गई सहायता राशि
1	SCEH	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन गलत पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन" से मिलेगी, तो केवल उद्देश्य के लिए ही उपयोग की जाएगी, जो इस प्रारूप में मांग किया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता से प्राप्त राशि को भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले सकूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक 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 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 दस्तावेज़ पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान देकर, मैं (आवेदनक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके त्रुस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में घोषित हैं, ताकि "कोशिका फाउन्डेशन" इस नाम, पता, फोटो और विवरण का उपयोग करके दानों को एकत्रित कर सके और/या इसकी गतिविधियों/प्राप्ति के बारे में जानकारी दे सके। इस उपयोग के लिए मेरी फोटो और विवरण का उपयोग कोशिका फाउन्डेशन द्वारा मेरी उपचार या उद्देश्य के पूर्ण होने से पहले या बाद में मेरे बिना मेरी सहमति के किया जा सकता है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कोशिका फाउन्डेशन द्वारा उपयोग के लिए किया जा सकता है, जो मेरी सहायता के लिए है। मेरी सहायता का अर्थ है कि कोशिका फाउन्डेशन को मेरी सहायता के लिए मेरी जानकारी का उपयोग करने की अनुमति है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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 this matter.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की जाते हैं नाम/पता/पता की "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) वित्त प्रदाता से मांग कर सही कर सकते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी, जो हमें कोशिका फाउन्डेशन से प्राप्त होगी, जहाँ तक कि कोशिका फाउन्डेशन द्वारा सहायता दी जाती है। यदि कोशिका फाउन्डेशन द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें कोशिका फाउन्डेशन से प्राप्त सहायता को पूरा करने के लिए किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस पुष्टि से स्पष्ट होता है कि कोशिका फाउन्डेशन द्वारा सहायता दी जाती है, जो कोशिका फाउन्डेशन द्वारा सहायता दी जाती है।

- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा की गई उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी और हस्पताल के बीच होता है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को उपचार सुरक्षित और सही करने की पूरी जिम्मेदारी है और कोशिका फाउन्डेशन को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीखDr. PRIYA AGRAWA
MCI No. -58417Sign.....
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व छाप, व

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

नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी द्वारा हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी द्वारा हस्ताक्षर 2

