

Cig/10/0027

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No. :
आवेदन संख्या :

V/1019/0633

APPLICATION DATE :
आवेदन तिथि

3/10/19

NAME of APPLICANT :
आवेदक का नाम

Omviati Devi

AGE-YEARS आयु-वर्ष

56

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :
पिता/पति का नाम

Ramfal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Village - Nagriya Bazar, Aizawl

Dist - Aizawl, U.P. 202135

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION :
व्यवसाय

Housewife

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :
कुल वार्षिक आय

NA

(Attach Proof of Income)
(आय का प्रमाण संलग्न करें)

NA

PAN No. स्थाई आय संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर देता है (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 के साथ सम्बन्ध
1	Ramfal	57	M	Husband
2	Hasu Naraya	30	M	SON
3	Shishupal	24	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए विनिर्दिष्ट आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशन कार्ड के चिप 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 प्रमाण
--	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विनिर्दिष्ट उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रमाणपत्र सूची संलग्न
	RE - IMSC
	LE - IMSC
	surgery - (RE) STCST + IOL

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-	SCCH	



Prep Postop
(0633) Omviati
Devi

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 1) मैं यहाँ पर घोषणा करता हूँ कि इस प्रत्यक्ष में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य काल्पनिक अथवा गलत है तो मेरी सहायक निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरी छुट्टी जो उदाहरण के लिए "सोशियल फायनेंसिंग", से हो जा रही है, उसका उपयोग उदाहरण के लिए मेरे लिये किया जाएगा, जो इस प्रत्यक्ष में प्राप्त नहीं है।
- 3) मैं यहाँ पर घोषणा करता हूँ कि जिस सहायक को मैं यहाँ पर प्रार्थना कर रहा हूँ, उस प्रार्थना का अधिक या कम किसी भी अन्य सोर्स/नियोक्ता/साथी/कर्मचारी से न ले लिया है और न ही भविष्य में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अवेकफ हारा ककर)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post-uptreproduce 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 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न का अपने इच्छाक्ष या छोटे को घायल लकड़ख, मैं (आवेदक) अपनी छापछे की छुट्टि करण हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसको के न्यसियों" को अधिकृत करण हूँ कि वेग नाम, पता, फोटो और वे विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एगन न्यसियों, धन, साधनसब दूसरे तदर्थस से कुछी प्रतिविधियों और उपकरणियों के लिये निरुद्ध भी प्रसार सम्भव से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इच्छाक्ष के पहले का बार मे अपने को लिख "कोशिका फाउंडेशन" व न्याये अधिस्तुत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बि छापछा के तदर्थसों से प्रार्थित है मुझे एतत; एतदका का हककार नही बनाना। इस सम्बंध में "कोशिका" एगन उसको न्यसियों का निर्णय अंतिम और बाधनकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION
 आवेदनक कें हस्ताक्षर या ओंठे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर 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 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.

3.) वह कि न के मापन और न ही परिधि में विविध साक्ष्य किसी और साक्ष्यी संस्था या किसी अन्य स्तर से उक्त संघीय/राज्य में होने या न होने, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से रिपोर्ट/विनिर्दिष्ट उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा स्थापित विनिर्दिष्ट/संस्था हेतु प्रमाण नहीं विश्व ज्ञात है तो संस्थान किसी अन्य और अस्वीकार संस्था या किसी अन्य संस्थान से साक्ष्य लेने का अधिकार सुनिश्चित करता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा गया है कि संस्था द्वारा निर्दिष्ट, प्राप्त उक्त संघीय/राज्य हेतु किसी और साक्ष्यी संस्था का किसी अन्य साक्ष्य से नहीं लेना/लेती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्थिति

Date of Surgery
ऑपरेशन का तारीख

Dr. PRIYA AGRAWAL
MCI No.-58417
Sign _____
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

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

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी गजराज ।

SIGNATURE OF TRUSTEE 2

 NAME OF TRUSTEE 2