

VRN-CL046

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No. :
आवेदन संख्या : V/1119/0800APPLICATION DATE :
आवेदन तिथि 13/11/19NAME of APPLICANT :
आवेदक का नाम Pooran Devi

AGE-YEARS आठु-वर्ष 61

SEX लिंग F

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

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Maharajpur, Jambou

Distt - Aligarh, U.P, 202145

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

SAME AS ABOVE



P900P Postop
(0800) Pooran Devi

OCCUPATION :
व्यवसाय Home Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

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

PAN No. स्वतंत्र पत्रांक संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर चुकाते हैं (जो कान्य हो उस पर चक्रों का निशान लगाएँ)।

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 सम्बन्ध
(1)	Kare Singh	64	M	Husband
(2)	Prakash	36	M	Son
(3)	Shankar	34	M	Son
(4)	Harna	30	F	Daughter
(5)	Vimlesh	27	F	Daughter
(6)	Pinki	05	F	Daughter

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) कल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु विनती के उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से कर्तव्य का पत्र प्रमाणित सूची संलग्न
	RE - P.P
	LP - IMSC
	Surgery - (C) SICS + 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 जो पत्र सहायता रही
1	3/1/19	

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा घोषणा करना):

- 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. I am 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी में सच और सही हैं। यदि कोई झूठा बयान एवं कथन प्राप्त या पता चला है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जायेगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने कभी सहायता हेतु या भविष्य में कोई भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार):

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/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 resuming 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 बाएँ की उंगल लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे उद्देश्य का विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एम्प्लू काउन्सिल, दान, संचारण एवं इतर उद्देश्य के लिये गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम के प्रसारण करने के लिए अधिकृत हो सके। इसका प्रयोग मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" में न्यायो अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे स्वतः सहायता का स्वरूप नहीं बनता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एम्प्लू उद्देश्यों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या बाएँ की उंगल का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार):

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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, इलाज की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" में विधि सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विधि सहायता किसी और स्रोत/संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले में ली जायेगी या ले ली जायेगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सहायता प्राप्त की सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विधि सहायता/सुरक्षा हेतु सचुन गये किंचित पता है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत/संस्था से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी और स्रोत/संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्तगत द्वारा की गई सलाह या किसे कब उपचार/प्रक्रिया का चुनाव होगा, इस सम्बन्ध में रोगी का विचार है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इतरिथे हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने के लिये जिम्मेवारी रोगी एवं सहायता को होगी और "कोशिका" को कोई भी भौतिक या वित्तीय रूप से कोई भी भूमिका नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

Dr. PRIYA AGRAWAL

MCI No-58417

Signature

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

डॉक्टर का नाम व इलाज का विवरण

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

नाम व पद इलाज के अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्निहित उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यायी इलाज 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायी इलाज 2