

VRN- 0856

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

V/1119/0807

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

14/11/19

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Laxuddi

AGE-YEARS आयु-वर्ष

46

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कन्या का नाम

Khachori Mal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Kasai Pada, Chhato

Distt - Mathura, U.P., 201401

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

Same as above



Preop Postop

(0807) Laxuddi

OCCUPATION:

व्यवसाय

Home Maker

MARRIED (संलग्नित) / UNMARRIED (असंलग्नित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

N/A

(Attach Proof of Income)

(आय का सबूत संलग्न)

N/A

PAN No. स्वयं खत संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मन्व हो उस पर सही का निशान लगाए)

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)	Wani Mohammad	52	M	Husband
(2)	Manoj Kumar	27	M	Son
(3)	Yashendra	25	M	Son
(4)	Hemlata	21	F	Daughter
(5)	Savitri Devi	18	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए निर्दिष्ट आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) सह्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये निम्नों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RR - TMSC
	LE - TMSC
	Surgery - <input checked="" type="checkbox"/> SICCS + TOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशी
1-	SCHE	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा:

- 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में जिन सब विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई मिथ्या एवं झूठा कथन प्रस्तुत किया गया है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो सहायता मिलेगी, वह केवल उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये ही प्रयुक्त की जायेगी, जो इस प्रकरण में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने भविष्य में इस प्रकरण के लिये किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो सहायता मांगी है और न ही मांगने की योजना है।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा स्वीकार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print/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 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रकरण में घोषित हैं, जो "कोशिका" एन.पी.ओ. द्वारा, कचरे/पत्र/दूरदर्शन से बुकी विज्ञापित और इलेक्ट्रॉनिक मीडिया के माध्यम से प्रसारित करने के लिए उपयोग हो सकते हैं। मैं इस प्रकरण में मेरे नाम के प्रयोग के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" को अधिकृत करता हूँ।
- 2) मैं (आवेदक) इस प्रकरण में सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के लिये मांगे जा रहे हैं, सहायता का प्रदान नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एन.पी.ओ. उसके ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान




AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा स्वीकार)

- 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.

- इसके माध्यम से, हमारे द्वारा यहाँ, हमारे अधिकृत अधिकारी के हस्ताक्षर के माध्यम से, हम (हॉस्पिटल) यहाँ घोषणा करते हैं कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं:
- 1) कि हम न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता मांगेंगे, जो कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त करने के लिए आवश्यक है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें सहायता के लिए अन्य स्रोत से सहायता मांगने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा में स्पष्ट किया गया है कि सहायता केवल वित्तीय सहायता के लिए है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता के लिए कोई भी अन्य सहायता मांगने का अधिकार सुरक्षित रहता है।
 - 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय सहायता है। रोगी को हस्ताक्षर द्वारा दी गई सलाह या चिकित्सा उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हॉस्पिटल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता के लिए कोई भी अन्य सहायता मांगने का अधिकार सुरक्षित रहता है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 31/01/19	Dr. PRIYA AGRAWAL MCI No-58417 <i>(Signature)</i> (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व मुद्रा	 (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नाम 1 हस्ताक्षर 1 <i>(Signature)</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नाम 2 हस्ताक्षर 2 <i>(Signature)</i>
---	---