

VRN-01048

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

V/1119/0813

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

13/11/19

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Radheshyam

AGE-YEARS आयु-वर्ष

69

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कथुष्य का नाम

Lal Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Udhan, Mand

MISH - Mathura, U.P. (281004)

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION :

व्यवसाय

Farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

19500/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. स्वयं खरा संख्या

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

क्या आप आय कर पत्रा है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगायें)

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)	Premwati	65	F	Wife
(2)	Ravi Mohan	10	M	Son
(3)	Gyanendra	37	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विचार आधार

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

'PURPOSE' for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विचारों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE - IMSC
	RE - PCO
	Strongly - (RE) STCS + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILABLE for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILABLE ती गई सहायता राशी
1	VISH	



Pre OP Postop

(0813) Radheshyam

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा यह:

- 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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरे ज्ञानवरी को अनुसार सत्य एवं सही हैं। पत्र में कोई भी झूठा बयान मेरे आवेदन तथा जारी ई नो पैपेट्टे सहायता निरस्त करी जा सकती है।
- 2) मैं इस नो सहायता पत्रिका "कोशिका फाउन्डेशन" से ली जा रही है, उसके उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में पत्र किया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि भविष्य में मेरे उक्त उद्देश्य को पूरा करने के लिये, उस राशि का अधिक या कमला हिस्सा किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले 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 & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-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 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण इस प्रपत्र में प्रेषित हैं, उसे "कोशिका" प्रपत्र, न्यूसी, पत्र, पाठ्यपुस्तक द्वारा इत्यादि से बड़े मासिकीयों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकाश माध्यम से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत हैं। मेरे प्रपत्र का विवरण को प्रकाश के पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से स्वतंत्र अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस प्रपत्र में स्वीकार हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को प्रकाशित करने के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे स्वतंत्रता का हक प्राप्त नहीं बनता। इस सम्बंध में "कोशिका" प्रपत्र 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 (हस्पाताल 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.
- द्वारे अधिकृत, हस्ताक्षर को और से फाइनेंसियल को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को करती है, जिसे हम (हस्पाताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये मा ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्णय उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियम अतिरिक्त/सफल हेतु सन्तुष्ट को किया जात है तो हमारा लक्ष्य और उद्देश्य भी आकारों प्रोत्सा या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा गया है कि असफल इतिहास पर हम रोगी/रोगी हेतु किसी और सहायता संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेना लेंगे।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी पर हस्ताक्षर/अधिकृत को बीच का विवरण है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इतिहास हस्पाताल में रोगी के द्वारा सुझा और आगे करने को लक्ष्य/निर्णय को ही है। हस्पाताल को रोगी और "कोशिका" को कोई भी सहायता या वित्तीयता का भूमिका नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>14/11/19</p>	<p>Dr. PRIYA AGRAWAL MCI No.-58417 Sign.....(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व गैरि न</p>	<p>(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर हस्पाताल अधिकृत अधिकारी</p>
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2</p>
--	--