

URN-C-19-12-0138

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Building block of life.

APPLICATION No. : आवेदन संख्या : V/1219/0030

APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 04/12/19

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम Premwati

AGE-YEARS आयु वर्ष 63
SEX लिंग F



FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुस्थ का नाम Omveer

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास का पता

H.No. 154 - Mohakampala - Beriwan Behat, Jalas

Dist - Aligarh, U.P. 202145

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाय आवास का पता

same as above

face of Koptop (0030) Premwati

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. स्पार्स खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर खीं का निशान 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 सम्बन्ध
1	Omveer	65	M	Husband
2	Rajwati	39	F	Daughter
3	Lakhan	36	M	Son
4	Rajul	24	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा 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) उपभोक्ता 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 प्रतिक्रिया सूची संलग्न
	LE - TMS
	RE - TMS
	Surgery - (L) SICS + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED 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 AVAILED ली गई सहायता राशी
1	SCH	

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, if any, 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 सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य रूप में अथवा वास्तविकता है तो कोई छद्मता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को सत्यता पूर्ण "कोशिका फाउंडेशन", से ही जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जाता, जो इस प्रपत्र में दया गया है।
- 3) मैं यकीन करता हूँ कि मैंने अबतक और भविष्य में नहीं है, इस रकम का अधिक या कमला हिस्सा किसी अन्य संगठन/नियोक्ता/बीमा कम्पनी 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/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 अंगुठी का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को गृहित करता हूँ इस "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायोप" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एल्यू न्यायोप, दान, वाचना/या दूसरे उद्देश्य से कुछ गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के पश्चात् या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायोप अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि छद्मता के उद्देश्य से अधिकृत है मुझे स्वतः सहायता का हस्ताक्षर नहीं बनाया। इस साक्ष्य में "कोशिका" एल्यू उसके न्यायोप का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुठी का छाप

(Handwritten signature)

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.
- 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.

इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मायदे/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किंतु हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उदा. संगीकृत में लेनी जा ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/किसी उदा. के समर्थन में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता मिलती अधिक/सकल हेतु मंजूर नहीं किया जात है तो अस्तित्व किसी अन्य गैर सरकारी संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस गृहित में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्तित्व वित्तीय मदद उदा. संगीकृत हेतु किसी गैर सरकारी संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेना/लेनी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही यह सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर अस्तित्व इस से यह स्पष्ट या किने गये हस्ताक्षर/प्रक्रिया का चुनाव संगी. एक/अन्यित के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसे प्रस्ताव या कोई नमान नहीं है। इसलिए हस्पताल में संगी के इलाज सुझा और जने जने की सभी जिम्मेदारियाँ हैं एवं हस्पताल को होगा और "कोशिका" को कोई जिम्मेदार या जिम्मेदार इस मामलों में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख
04/12/19

Dr. Pooja Agrawal
MBBS, MCh
Reg No. 5511
Hematology
(Name of Dr. & Regt. No. with Stamp)
हस्पताल का नाम व हस्ताक्षर-क-रिज. नं.

(Signature)
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यायोप हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायोप हस्ताक्षर 2

(Handwritten signature)

(Handwritten signature)