

VRN-19-11-1857

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : आवेदन संख्या : V/1219/0855
APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 05/12/19

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम Pista Devi
AGE-YEARS आयु वर्ष 46
SEX लिंग F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुम्भ का नाम Kishan Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता Vill - Dholka Vas, Kharakheri

Dist - Mathura - U.P. - 281205

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता
Same as above



Recop Post op
(0855) Pista 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. स्वयं खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाख हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगायें) 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	Haniam	49	M	Husband
2	Pista	47	F	Daughter
3	Soniya	25	F	Daughter
4	Vikram	23	M	Son
5	Kroviq	20	M	Son

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापा प्रती संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापा प्रती संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छापा प्रती 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 प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RF - P.P.
	IE - JMSC
	Surgery - (S) SICS 201

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	G.C.E.F.T.	

DECLARATION by APPLICANT (आवेदनक द्वारा संकेपण करत)

- 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 संकेपण करत हूँ कि इस प्रारूप में लिखे गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कहीं किरण्डम एवं कथन असत्य पाए जायें तो मेरी सहायता निराल की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ संकेपण करत हूँ कि "कोशिका फाउण्डेशन" से जो भी मदद (अर्थ) है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में मंगल करत है।
- 3) मैं यहाँ संकेपण करत हूँ कि किस सहायता हेतु यह प्रारूप भरी जा रहा है, उसे रजिस्टर या अतिरिक्त से सहायता मिलना किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न हो लिये जाये और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा करत)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/put-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 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठी का छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउण्डेशन और उसके न्याताओं" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में संकेपण है, उसे "कोशिका" द्वारा न्याता, राज, संचालक द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे द्वारा यह विवरण यदि इतरत्र से पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउण्डेशन" या न्याता अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से संकेपण है उसे अन्य सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" द्वारा उसके न्याताओं का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION (आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगुठी का छाप)



AGREEMENT by HOSPITAL (इस्पाताल द्वारा करत)

- 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 adopted/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.
- इससे अधिकृत, इस्पाताली को और से मागतारंगी को "कोशिका फाउण्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (इस्पाताल) किरण्डम प्रथम से माध्यम से सहायता करत है।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मागतारंगी से ली जायेगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउण्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के सहायता में "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा सहायता किरण्डम अतिरिक्त/दुबला हेतु मदद नहीं किया जाता है तो इस्पाताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेना या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट करत जायें कि इस्पाताल किरण्डम उक्त सहायता हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउण्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर इस्पाताल द्वारा की गई सहायता या किरण्डम एवं उपकरणों का चुनाव रोगी एवं इस्पाताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इस्पाताल इस्पाताल में रोगी के इलाज सुरक्षित और जाने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ हैं। इस इस्पाताल की रोगी और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारियाँ इस मामले में नहीं होंगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE (स्वीकृत के लिए संस्तुति)

<p>Date of Surgery अपरेशन का तारीख</p> <p>06/12/19</p>	<p>(Name of Dr. & Regn. No. With Stamp) डाक्टर का नाम व इस्पाताल का तारीख नं.</p> <p><i>hijab</i></p>	<p>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर इस्पाताल अधिकृत अधिकारी</p>
--	---	---

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्याता इस्पाताल 1</p> <p><i>Safarjani</i></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्याता इस्पाताल 2</p> <p><i>hijab</i></p>
---	---