

URN - 019-12-0566

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
 (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. :
 आवेदन संख्या : VI/1219/0880

APPLICATION DATE :
 आवेदन तिथि 10/12/19

NAME of APPLICANT :
 आवेदक का नाम Ramchandra

AGE-YEARS आयु-वर्ष 60
 SEX लिंग M



FATHER'S/SPOUSE'S NAME :
 पिता/कन्या का नाम Nura Khan

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
 Khasra - Nagura, Meharab

Dist - Mathura, O.P. 281204

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

Same as above

Photo of (0880) Ramchandra

OCCUPATION :
 व्यवसाय Farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :
 कुल वार्षिक आय 20000/-

(Attach Proof of Income)
 (आय का सबूत संलग्न) NA

PAN No. स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
 क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही 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	Divya	59	F	Wife
2	Aamir	27	M	Son
3	Raju	25	M	Son
4	Aamir	23	M	Son
5	Nishant	20	M	Son

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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 प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE - TMSC
	RE - TMSC
	Surgery - (RD) 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 लिया गया सहायता राशि
1	SCFH	

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा घोषणा पर):

- 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 applicable 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 प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई निरास एवम् कथन असत्य तथा झूठ है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 2) मैं इस बात को गंभीरतापूर्वक "कोशिका फाउन्डेशन" से स्वीकार कर रहा हूँ, जल्द ही उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में गत गया है।
 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि बिना सहायता हेतु वह व्यय नहीं करेगा। उस व्यय का अधिक या सबल हिस्सा किसी अन्य संगठन/रोजगार/बीमा कम्पनी से न हो सिका है और न ही भविष्य में होगा।

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/print-up/produce 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 fulfilment 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहायता को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके 'वार्डन' " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में उल्लिखित हैं, उसे "कोशिका" एवम् 'वार्डन', दान, पत्राचार द्वारा उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किसी भी प्रकार सहायता को प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण को इतना ही उल्लेख करने पर बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से नहीं अधिकृत है।
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता को उद्देश्य से प्रसारित है मुझे सहायता का हस्ताक्षर नहीं करना। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके 'वार्डन' का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
 आवेदक का हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्तगत 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 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 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की और से आपसे/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को सही है, निम्न रूप (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार्य करते हैं।
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या से हो, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/किसी उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अधिकृत/किसी हेतु मन्सुख नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सहायता संस्थान या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल ही ही सहायता हेतु उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और सहायता संस्थान या किसी अन्य सहायता से नहीं होगा/लेगी।
 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ही नहीं सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्तगत द्वारा ही सही सहायता किने गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी पर हस्ताक्षर के साथ का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्तगत में रोगी को इतना साक्षा और अन्य अन्य की सही निर्णय/दो रोगी एवं हस्ताक्षर की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
 स्वीकृती के लिए सिफारिश

<p>Date of Surgery अपरेशन की तारीख</p> <p>11/12/19</p>	<p>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.</p> 	<p>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्तगत अधिकृत अधिकारी</p> 
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2</p>
	