

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

 (Healthcare)
 (स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
 foundation
 Building block of life.

 APPLICATION No.:
 आवेदन संख्या: V/1219/0897

 APPLICATION DATE:
 आवेदन तिथि 13/12/19

 NAME of APPLICANT:
 आवेदक का नाम Meena

 AGE-YEARS आयु-वर्ष 57
 SEX लिंग F

 FATHER'S/SPOUSE'S NAME:
 पिता/कटुम्ब का नाम Teri

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Vill - Chuheta, Bina, Koshika

Distt - Mathura D.P 201403

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवास पता

Same as above


 Pre op Postop
 (0897) Meena

 OCCUPATION:
 व्यवसाय Laboury

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

 TOTAL ANNUAL INCOME:
 कुल वार्षिक आय NA

 (Attach Proof of Income)
 (आय का साक्ष्य 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 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 सम्बंध
1	Ujjain Singh	60	M	Husband
2	Anil	29	m	Son
3	Vikram	26	m	Son
4	Togesh	24	m	Son
5	Vishendra	23	m	Son

 BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
 सहायता के लिये विनति 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) उपभोग्य 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 - IMSC
	RE - IMSC
	Surgery - (RE) - SICCS+TOL

 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 सही गई सहायता राशि
1	SCFH	

DECLARATION by APPLICANT: अभ्यर्थक 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 फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न तो लिये है और न ही भविष्य में लूंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आभ्यर्थक द्वारा करार)

- 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 फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली का निशान लगाकर, मैं (आभ्यर्थक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस फॉर्म में घोषित है, उसे "कोशिका" एनएचआर, एन, एनएन/एनए द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार के प्रचार-प्रसार के लिये प्रयोग करे। मेरे प्रचार का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिये, "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासीयों को अधिकृत है।
- 2) मैं (आभ्यर्थक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है, उसके स्वतः सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एनएचआर न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आभ्यर्थक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान



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 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 को और से मन्वले/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को जतने है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/परिचरिता उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनियम आशिक/सकल हेतु मन्त्र नहीं किया जाता है तो अन्यत्रल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित राखते हैं। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अन्यत्रल द्वितीय मदद उक्त के रोगी/रोगी हेतु किसी गैर सारकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से नहीं लेना/लेगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही यह सहायता केवल वित्तीय प्रकृति को है। रोगी पर हस्तक्षरण द्वारा ही यह सहायता या करने एवं उन्नाव/प्रक्रिया का चुनाव पूर्ण रूप से हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रचना नहीं है। इतलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्ष और जाने जाने का सभी निर्णय रोगी एवं हस्पताल को रोगी और "कोशिका" को कोई धुमिका या विनियम ही इस मामले में नहीं होगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery अभ्यर्थन की तारीख</p> <p>13/12/19</p>	<p>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छिद्र नं.</p> <p><i>Anand Agrawal</i> M.D. (Urology) K.S. Foundation</p>	<p>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospitals.) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी</p> <p><i>[Signature]</i></p>
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1</p> <p><i>[Signature]</i></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2</p> <p><i>[Signature]</i></p>
--	--