

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: V/0220/1135 APPLICATION DATE: 03-02-20
आवेदन नं०: 03-02-20

NAME of APPLICANT: Resham Devi AGE-YEARS: 56 SEX: F
आवेदक का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Dushyant Singh
पिता/सहोदर का नाम



Post of Post of
(1135) Resham
Devi

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: Magnan, Nagla - Mathura

Magna, DISTT- MATHURA. U.P. 201301

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: SAME AS ABOVE.

OCCUPATION: Home Maker MARRIED (गणित): UNMARRIED (गणित):

TOTAL ANNUAL INCOME: 3000/- (Attach Proof of Income) NA
कुल वार्षिक आय (आय का सबूत संलग्न)

PAN No. त्याई खण संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर देता है (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न 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 संबंध	
1.	Ram Singh	58	M	Husband	
2.	Ram	39	M	Son	
3.	Amol	39	M	Son	
4.	Neelam	30	F	Daughter	
5.	Keena	38	F	Daughter in Law	
6.	Gushika	30	F	"	
7.		27	F	"	

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबों के लिये प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतियाँ संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) सहाय्य और वित्त प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतियाँ संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतियाँ संलग्न करें)	Any Other Basic/Proof अन्य कोई सबूत
---	--	--	---

"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 प्रतिबंधित सूची संलग्न
	RE - JMSC
	LE - JMSC
	St Gregory - RE JMSC + JOL

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 हो गई सहायता राशि
1.	SCCH	

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा प्रमाण पत्र):

- 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 immediate cancellation.
- 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.
- I hereby confirm that I have not & will not in future, avail or reimbursement, in part or in full, from any other source or insurance company of the amount for which this assistance is requested.
- मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान एवं कथन अथवा पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो राशि मिले, उसका उपयोग उक्त उद्देश्य को पूर्ण से कैसे किया जाएगा, जो इस प्रारूप में परा किया है।
- मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु, या राशि को नहीं है, उस राशि का आंशिक या सकारा मिलने के लिए अन्य स्रोत/बिमा/कंपनी/किसी न व नों किया है और न ही भविष्य में करूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा प्रमाण):

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print/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.
- 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/withdrawing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.
- इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे के दबाव लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को प्रकट करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रारूप में घोषणा है उसे "कोशिका" एवम् न्यायियों, याचनाओं द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के सिद्धे दिखाने की उद्देश्य प्राप्त करने के लिए, इस्तेमाल करे। मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता के उद्देश्य से राशि को नहीं है, कले में कले के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त अधिकृत है।
- मैं (आवेदक) इस प्रारूप में सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रसारित है एवं सहायता का हस्ताक्षर नहीं बनाना। इस प्रमाण पत्र "कोशिका" एवम् उसके न्यायियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION (आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान)



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा प्रमाण):

By affixing her/his/our signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital), hereby affirm & accept following:

- 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.
- 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 of responsibility in the matter.

हमारे अतिथि, हस्ताक्षर की ओर से अनुमोदित को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को नहीं है। किन्तु हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से यन्त्र न जोड़कर करते हैं।

- यदि कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और स्रोतों से प्राप्त करने के लिए अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगियों से संपर्क कर रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिद्धि उक्त में सहायता "कोशिका फाउन्डेशन" इस तरह हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता मिलने की आवश्यकता हेतु अन्य स्रोतों से सहायता मिलने की आवश्यकता किन्तु अन्य स्रोतों से सहायता मिलने की आवश्यकता नहीं है। इस प्रमाण पत्र में स्पष्ट किया जाता है कि हस्पताल सिर्फ पत्र उक्त रोगी/रोगियों हेतु किन्तु कि सहायता के लिए या सहायता अन्य स्रोत से नहीं लेना/लेगी।
- "कोशिका फाउन्डेशन" से जो राशि सहायता के लिए प्रकट की है। घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता के लिए या सहायता/उद्देश्य का चुनाव नहीं है एवं हस्पताल को सहायता का निर्णय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता के लिए प्रकट का कोई हस्ताक्षर नहीं है। उद्देश्य हेतु सहायता से सहायता प्राप्त और अपने अपने को सहायता/सिद्धि हेतु हस्ताक्षर की होगी और "कोशिका" को सहायता/सिद्धि हेतु सहायता में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE (स्वीकृती के लिए संस्तुति)

<p>Dr. Pooja Agrawal Date of Surgery / अस्त्रिकार की तिथि: 04-02-20 Reg No. - 58417 Time: Date: (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व स्टैम्प</p>		<p>(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद/हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी</p>
---	--	---



FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 (बायें हस्ताक्षर)</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 (दायें हस्ताक्षर)</p>