

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
 (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No: G1032010544 APPLICATION DATE: 16.03.2020
 आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Yamin AGE-YEARS आयु-वर्ष: 59 SEX लिंग: M
 आवेदक का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Umaka
 पिता/कटुम्प का नाम



Preop Postop
 0544 Yamin

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
Gaon Shaharapur, Saharapur Saharapur, P. S. Gadakh, 247001

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता
As Above

OCCUPATION: laboury MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 62,000 (Attach Proof of Income) NA
 कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्पष्ट खाली रखना NA Yes/No हा/नहीं

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
 क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

- 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)	Sahida	55	F	wife
(2)	Kadest	20	M	son
(3)	Shagupta	25	F	Daughter in law
(4)	Haseebi	25	M	son
(5)	Sahnum	23	F	Daughter in law
(6)	Ahujah	06	M	Grand son
(7)	Kayma	04	F	Grand Daughter
(8)	Arkan	03	M	Grand son

BASES for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
 सहायता के लिये विनोद आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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 विनोद का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न
(1)	Diagnosis - RE - PP LE - MSC
(2)	Surgery - LG 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 वही गई सहायता पूरी
(1)	SCEH	

DECLARATION by APPLICANT (अर्शक द्वारा घोषणा करें):

- 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 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, 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 for which this assistance is requested.

- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता खारिज की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने "कॉशिका फाउंडेशन", से सहायता मांगी है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पता दिया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रार्थना की नहीं है, उस सहायता का उपयोग किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस के माध्यम से न तो किया है और न ही करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक 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/publish-upreproduce 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 my 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 अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपने नाम, पता, फोटो और "उद्देश्य" के विवरण का उपयोग करने के लिये "कॉशिका फाउंडेशन" और उसके ट्रस्टियों को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करें, उसे "कॉशिका" एम्प्लॉयर्स, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, वगैरह द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के विवरण को प्रसारित करने के लिये अधिकृत करें। इस प्रारूप पर हस्ताक्षर करने के लिये "कॉशिका फाउंडेशन" से सहायता मांगी जा रही है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कॉशिका फाउंडेशन" के ट्रस्टियों द्वारा प्रकाशित किया जा सकता है। इस संबंध में "कॉशिका" एम्प्लॉयर्स का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप

(Signature)
 (छाप)

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 की ओर से धनसहायता को "कॉशिका फाउंडेशन" से विनियमित सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) विनियमित रूप से मान्य व स्वीकार्य करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विनियमित सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या तो नहीं है, जैसे कि हमने "कॉशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विनियमित उक्त के संबंध में "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनियमित अंशिक/सकल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेगा/लेगी।
- 2) "कॉशिका फाउंडेशन" से तो कोई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा की गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विचार है और "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षित और अपने खर्च को पूरी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कॉशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
 अर्शक की तारीख

16.03.2020

(Signature)
DR. SEEMAL GOYAL
 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
 डाक्टर का नाम व इलाका व पंजी. नं.

(Signature)
VIVEK RANA
 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
 नाम व पद इलाका के अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अन्तर्गत उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1
 नामी हस्ताक्षर 1

(Signature)

SIGNATURE of TRUSTEE 2
 नामी हस्ताक्षर 2

(Signature)