

C 1682-06/18

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

E10618/0078

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

26/6/18

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Suresh Kumar

AGE-YEARS आयु-वर्ष

61

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

Padam Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Village - Hansi

Tehsil - Hansi

District - Hissar

Haryana

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता

- 196 Above -



Preop

0078

Postop

Suresh Kumar

OCCUPATION:

व्यवसाय

Labourer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

45,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. स्थायी खाता संख्या

NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर दाता हैं (जो खान्य हो उस पर खड़ी का निशान लगाएं)

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 सम्बंध
1.	Saijay	38	M	SON
2.	Naveen	32	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) आय 2 लाख तक का 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
1.	Diagnosis - RE - IMSC IE - IMSC
2.	Surgery - RE - TICS + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशी
1.	Veno	

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शेक हुर कोरन पत्र)

- 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 any, 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रत्येक में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो पूरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं हुर को सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से ही जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रत्येक में पत्र किया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रत्येक को भेजा है, उस राशि का आंशिक या सफल विमोचन किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न हो सके है और न ही भविष्य में हो सके।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेक हुर करन)

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 प्रत्येक पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली के छाप लगाकर, मैं (अर्शेक) अपने सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रत्येक में प्रेषित है, उसे "कोशिका" द्वारा न्यासी, दान, वाचना/चुम्बक उद्देश्य से दुर्घटनाग्रस्त और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रत्येक का विवरण मेरे उद्देश्य को पूरने या कर देने करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यासी अधिकृत है।

- 2) मैं (अर्शेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे तथा सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शेक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर हुर करन)

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 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.
- 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 यहाँ/लेखी यह "कोशिका फाउन्डेशन" से निर्दिष्ट सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रत्येक से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में निर्दिष्ट सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मरीजों से ली जा रही है, जैसे कि हमारे "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्दिष्ट उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" हुर करन हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" हुर सहायता निर्दिष्ट अधिकृत/सहायता हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य नैतिक सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल निर्दिष्ट करर तथा रोगी-मरीजों हेतु किसी भी हस्तक्षेप संस्था या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेता/लेती।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही यह सहायता केवल निर्दिष्ट उद्देश्य को है। रोगी पर हस्ताक्षर हुर ही यह सहायता या निर्दिष्ट उपचार/प्रक्रिया का सुचारु लेनी एवं हस्ताक्षर को बीच का विवरण है और "कोशिका फाउन्डेशन" हुर किसी प्रकार का कोई रक्षण नहीं है। इसलिये हस्ताक्षर में रोगी को हस्ताक्षर सुझा और अपने अपने को सारी जिम्मेदारी लेनी एवं हस्ताक्षर को लेनी और "कोशिका" को कोई चुनिका या निर्दिष्ट हेतु इस सहायता में नहीं लेनी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिये संरक्षित

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

27/6/18

DR. WANKAR DORA

(Name of Dr. & Regd. Hospital/Centre)
हस्ताक्षर के नाम के हस्ताक्षर केन्द्र/केंद्र1/31, Sp... Area,
Phone: 11-2611111

T. J. JOSHI

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)1/31, Sp... Area,
Phone: 11-2611111

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2