

C10/11/0145

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
(Healthcare)
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: 1118/0779
आवेदन संख्या: 1118/0779
APPLICATION DATE: 12/11/018
आवेदन तिथि: 12/11/018

NAME of APPLICANT: Buddhi
आवेदक का नाम: Buddhi
AGE-YEARS मातृ-वर्ष: 70
SEX लिंग: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: S/o Prabhu
पिता/कन्या का नाम: S/o Prabhu



Preop Postop

(0779) Buddhi

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 4 N-32, Mansapur, Bhushanpur
Distr - Bhadrachal, R.T. 32/409
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: Same as above

OCCUPATION: Unemployed
व्यवसाय: Unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

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

PAN No. स्वयं का PAN 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	Mangt	late	F	Wife
2	Prehlad	47	M	Son
3	Bharat	43	M	Son
4	Jagann	40	M	Son
5	Konwar	36	M	Son
6	Khemchand	29	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनती 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) उपभोग्यता 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
	PE - IMSC
	LE - IMSC
	Surgery - (LE) SIC + TOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किन्हीं अन्य स्रोत से लिया गया हो?

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक 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 & ongoing assistance 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 which this assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पेश किया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं कर रहा हूँ, इस सहायता का अधिक या कम हिस्सा किसी अन्य संगठन/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लेंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 its 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 की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित हों, उसे "कोशिका" एम्प्लॉयी, दान, चर्चा/प्रचार द्वारा इत्यादि से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार सहायता से प्रेरित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का प्रकाशन मेरी इच्छा के बिना या मेरे करने के बिना "कोशिका फाउन्डेशन" व भरोदारों अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के अर्जन से प्रेरित है मुझे स्पष्ट: सहायता का इच्छा नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एम्प्लॉयी इसके भरोदारों 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 करण)

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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या से रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्णय उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निरस्त/अस्वीकार/प्रतिरुद्ध हेतु समझ नहीं कि यह बात है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत सहायता के लिए अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल हस्पताल पर उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का हस्ताक्षर द्वारा दी गई सहायता के लिए गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्ताक्षर को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रचना नहीं है। इसलिए हस्ताक्षर में रोगी के हस्ताक्षर सुरक्षित और अपने करने को जारी रखा जायेगा और इस हस्ताक्षर की होगी और "कोशिका" को कोई पुष्टि या विवरण हेतु सहायता में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 13/11/18	 Dr. Ashwini Kumar MBBS, MS, FICO Reg. No. 60028 Time (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	 (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	--	--



FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोदार 1 द्वारा हस्ताक्षर	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोदार 2 द्वारा हस्ताक्षर
	