

C18/10/0222

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या : <u>V/1118/0844</u>		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि <u>19/11/2018</u>		
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम <u>Kumar pal</u>		AGE-YEARS आयु-वर्ष <u>65</u>	SEX लिंग <u>M</u>	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/पत्न्या का नाम <u>S/O Sampath</u>				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता <u>H.No-28, Sultampur</u>				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता <u>Dist - Mathura, U.P-281005</u> <u>same as above</u>				
OCCUPATION : व्यवसाय <u>Farmer</u>			MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) <input checked="" type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय <u>21500/-</u>			(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न) <u>NA</u>	
PAN No. स्पष्टी 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 <input checked="" type="checkbox"/>				
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
<u>1</u>	<u>Amuna</u>	<u>60</u>	<u>F</u>	<u>Wife</u>
<u>2</u>	<u>Balveer</u>	<u>29</u>	<u>M</u>	<u>Son</u>
<u>3</u>	<u>Mahendra</u>	<u>24</u>	<u>M</u>	<u>Son</u>
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विधि 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 विपत्ती का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
	<u>RE - IMAC</u>			
	<u>LE - IMAC</u>			
	<u>Surgery - (RE) SICU + IOL</u>			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किन्हीं अन्य स्रोत से लिया गया है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि		
<u>1</u>	<u>SCFH</u>			



DECLARATION by APPLICANT: (अवेरक 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, 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 फॉर्म में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं प्रकट होता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को सहायक तौर पर "कोशिका फाउन्डेशन", से ही या रही है, उक्त उद्देश्य उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किचन कारण, को इस फॉर्म में बताना है।
- 3) मैं सुनिश्चित करता हूँ कि मैं सहायक हेतु या प्रत्येक को नहीं, उस धर्म का अधिक या सफल विरक्त किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले रहा हूँ और न ही भविष्य में हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (अवेरक द्वारा करण)

- 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 रूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अवेरक) अपनी सहमति को सुनिश्चित करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस रूप में प्रकाशित हैं, उसे "कोशिका" एम्प्लॉयी, डॉक्टर, भाष्यकार/दूरदर्शन से प्रसारित विवरणों और उपलब्धियों को लिये किसी भी प्रकार सफल से प्रमोत करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रसारण का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यायीयों अधिकृत है।
- 2) मैं (अवेरक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायक के उद्देश्यों से प्रकाशित है मुझे सहायक का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लॉयी न्यायीयों का निर्णय अंतिम और अचल्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अवेरक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

(Handwritten Signature)

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर 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 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.
- इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर को अंत में समर्थन/सहमति को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायक हेतु सिफारिश को करते हैं, किसे इस (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायक किसी भी सहायक संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगीयों में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त की सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायक वित्तिय अधिकृत/सहायक हेतु प्रस्ताव नहीं किचन बात है तो अस्पताल किसी अन्य सहायक संस्था या किसी अन्य स्रोत से सहायक लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस सुनिश्चित करने का उद्देश्य सुरक्षित रखता है कि अस्पताल वित्तिय मदद उक्त रोगी/रोगीयों हेतु किसी भी सहायक संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही या सहायक केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्ताक्षर द्वारा ही या सहायक या किसे लेने उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्ताक्षर के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसीलिए हस्ताक्षर में रोगी को हस्ताक्षर सुरक्षित और अपने जाने की सही है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Dr. Ashwini Kumar
MBBS MS.FICO
Reg. No. 85028

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व इतिहास व रजि. नं.

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
नाम व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी



Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख
19/11/18

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यायीय हस्ताक्षर 1
(Handwritten Signature)

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायीय हस्ताक्षर 2
(Handwritten Signature)