

C19/02/0057

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: V/0219/1078
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 06/02/19
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Ramesh
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष
65

SEX लिंग
M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: S/o Tejshah
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Tamotiya, Tglas

(Distt - Aligarh, U.P. 202145)

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

Same as above



PASTE PHOTO HERE

Preop Postop

(1078) Ramesh

OCCUPATION: Farmer
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 19000 ₹
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

NA

PAN No. स्थायी 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 लगावे)

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.	Bhagwati	61	F	Wife
2.	Narayan Singh	42	M	Son
3.	Guddi	40	F	Brought in
4.	Sunita	38	F	Daughter
5.	Anita	34	M	Son
6.	Pahli	28	F	Brought in

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनति 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 विनती का उद्देश्य:

Sr. No.
क्रम संख्या

Medical Reports/Prescriptions Attached
अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न

RF - P.P

LF - MSC

Surgery - (LF) STCS + 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 तो गई सहायता राशी
	SCFH	

DECLARATION by APPLICANT: (अर्हक द्वारा घोषणा 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 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 cost for which this assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नमाने या झूठ साबित होता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से सहायता प्राप्त होने के बाद, मैं इस सहायता को केवल उसी उद्देश्य के लिए ही उपयोग करूँगा, जो इस प्रकरण में माँगा गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने अब तक और भविष्य में भी किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो सहायता ली है और न ही ली जायेगी।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्हक द्वारा सहमति)

- 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 प्रकरण पर मेरा हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर, मैं (अर्हक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रयोग करें, जैसे "कोशिका" नाम, पता, फोटो/चित्र, ध्वनि, चित्र/चित्रण, दूरदर्शन से प्रसारित विवरणों और जानकारी के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने में लिप्त अधिकृत है। मेरी सहमति का अर्थ यह नहीं है कि मैंने अपने नाम पर "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता की है।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी प्रकार के बदलाव के प्रसारित किया जा सकता है। यह सहायता केवल उसी उद्देश्य के लिए ही दी जायेगी, जो इस प्रकरण में माँगा गया है। इस सहमति में "कोशिका" नाम, पता, फोटो/चित्र, ध्वनि, चित्र/चित्रण, दूरदर्शन से प्रसारित विवरणों और जानकारी के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने में लिप्त अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्हक के हस्ताक्षर या बायाँ हाथ की छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा सहमति)

- 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.
- हस्ताक्षर करके, हमारे द्वारा यहाँ पर हमारे अधिकृत हस्ताक्षरकर्ता द्वारा सिफारिश की जा रही है, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से सहायता माँग रहे हैं।
- 1) यह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता प्राप्त करने का कोई दावा है, जो कि हम "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता प्राप्त करने के लिए माँग रहे हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" हमारे लिए सहायता नहीं प्रदान करता है, तो हमें अपने दावे को पूरा करने के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट किया गया है कि हमारे पास किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता प्राप्त करने का कोई दावा नहीं है।
 - 2) "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का उपचार और उपचार के तरीके का चुनाव रोगी और हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" इस विषय में किसी भी प्रकार का कोई दबाव नहीं डालता है। इसलिए हमारे पास रोगी को उपचार सुझाव और उपचार करने का पूर्ण अधिकार है और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए सिफारिश

Dr. ABHISHEK HANDA
MCI No.-09-35572
Sign.....

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व पंजीकृत नं. के साथ

(Name, Designation & Stamp of Hospital's Signatory
on behalf of Hospital)
हमारे पक्ष पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी



FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अंदरूनी उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1
भरोदार हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
भरोदार हस्ताक्षर 2

(Signature)

(Signature)