

C19/04/0459

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		Koshika foundation Building block of life.		
APPLICATION No. : आवेदन संख्या : V/0519/0099		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 29/4/19		
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम Ramjhani		AGE-YEARS आयु-वर्ष 64	SEX लिंग F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/हस्ताक्षर का नाम Rajee		 Preop Postop (0099) Ramjhani		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता Bhadra - 2, Kazaara				
DIST - Aligarh U.P. 202193				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता same as above				
OCCUPATION : व्यवसाय House wife		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय NA		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न) 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 चिह्न 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 सम्बन्ध
1	Munir Khan	66	M	Husband
2	Rameela	40	M	Son
3	Nur Khan	34	M	Son
4	Rafaela	30	M	Son
5	Pippu	25	M	Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनिर्दिष्ट आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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 प्रशिक्षित सूची संलग्न			
	RE - IMSC			
	LE - IMSC			
	Surgery - (LE) STCS + TOL			
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 सी गई सहायता राशि		
1	SCFH			

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 the amount 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/अथवा सहायता गलत पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में उल्लेखित हैं।
- 3) मैं दृढ़ता से घोषणा करता हूँ कि भविष्य में सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं है, उस उद्देश्य का अतिरिक्त या अलग हिसाब किसी अन्य प्रोडक्ट/सेवा/कंपनी से न ले लिया जाए और न ही भविष्य में लें।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक 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/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 उसके न्यायियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित हैं, उसे "कोशिका" एम्प्लॉयी, दान, प्रचार/प्रसारण द्वारा इत्यादि से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सार्वजनिक या निजी रूप से प्रसारित करके बिना अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे हस्ताक्षर के बिना या बिना मेरे हस्ताक्षर के बिना "कोशिका फाउन्डेशन" में प्रसारित नहीं किया जा सकता।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे स्पष्ट: सहायता का इस्तेमाल नहीं करूँगा। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लॉयी/उपलब्धियों का निर्णय अंतिम और अविरोधकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे की 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 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 यहाँ/यहाँ पर "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किन्तु हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं:
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी या लेने की कोशिश की जाएगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रारंभ किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वितरित नहीं की जाती है तो हमें सहायता के लिए अन्य स्रोतों की ओर रुख करना होगा। इस पुष्टि के बिना हमें स्पष्ट करना है कि सहायता वितरित करने पर हमें पूर्णतः उत्तरदायित्व होगा।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्राप्त होगी, उसका उपयोग केवल वित्तीय प्रयोजनों के लिए ही होगा। रोगी पर हस्ताक्षर द्वारा दी गई सलाह या दिये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को हस्ताक्षर द्वारा और अपने चले की राय से सहायता दी जाएगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Dr. PRIYA AGRAWAL

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery

MCI No.-58417

Sign.....

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

डॉक्टर का नाम व पंजीकरण नं. के साथ

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायी हस्ताक्षर 2