

C19/04/0359

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

V/0519/0110

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

21/5/19

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Bismillah

AGE-YEARS आयु-वर्ष

70

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

D/o Asraf

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Mirchi Mandi, Ghazipur gate

Distt - Mathura U.P. 281001

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 सत्य सिलख)

NA

PAN No. स्थायी खाता संख्या

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

क्या आप आय कर दाखल हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न 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.	Aliaah	34	M	MUSKUN
2.	Alihusen	43	M	Son
3.	Mehdihusen	40	M	Son
4.	Nizam	36	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) रसदोस्त कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सत्य
---	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनय का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	RE - MSC
2.	LE - MSC
3.	Surgery (LE) STCS - FOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

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

Preop Postop
(0110) Bismillah

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक 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 for which this assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं जानकारी असत्य पाया जाय तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को सत्यता पक्ष "कोशिका फाउंडेशन", से सही ज्ञात है, इसका उपयोग उक्त उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पद किया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु पर भविष्य में नहीं हूँ, इस उद्देश्य का अधिक या समस्त हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कर)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठी की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अवगत साधक को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित हैं, इसे "कोशिका" द्वारा, दूरदर्शन, दूर, दूरदर्शन/दूरदर्शन के माध्यम से मुझे अधिकृत करने के लिये किसी भी प्रकार का प्रचार करने के लिए अधिकृत है। मैं इस बात को स्वीकार करता हूँ कि सहायता को प्राप्त करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या भरोसे अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता को प्राप्त करने के लिये मैं स्वतः सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उक्त अधिकृत करने के लिये अधिकृत और भरोसे योग्य।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा कर)

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.

- इससे अधिकृत, हस्ताक्षर को और से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि 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 लिये या से उक्त है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के समर्थ में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता निरस्त/असहमत हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाता है तो हमस्पताल किसी अन्य सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकृत सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमस्पताल किसी भी मदद उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता कोशिका फाउंडेशन को है। ऐसी बात हमस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किने गये उपचार/प्रक्रिया का शुल्क रोगी एवं हमस्पताल को बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीसे हमस्पताल में रोगी को प्रत्यक्ष शुल्क और अपने जाने को जारी रखेगा और "कोशिका" को कोई भुविगत या विनिर्देशित इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 25/11	Dr. PRIYA AGRAWAL MCI No.-58417 Sign..... (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हमस्पताल अधिकृत अधिकारी
---	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोसे हस्ताक्षर 1 <i>[Signature]</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोसे हस्ताक्षर 2 <i>[Signature]</i>
---	---