

019/06/0015

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
 (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: V/0619/0195 APPLICATION DATE: 03/06/19
 आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Hardeni AGE-YEARS आयु-वर्ष: 65 SEX लिंग: F
 आवेदक का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: D/o KASHA
 पिता/पत्न्य का नाम



Pre op Post op
 (0195) Hardeni

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता
Naughheel Khedari, Naughheel
Distt - Mathura, U.P., 281003
 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता
same as above

OCCUPATION: House wife MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

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

PAN No. स्वयं छाना संख्या
 ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No
 क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं) 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.	<u>HARI SINGH</u>	<u>70</u>	<u>M</u>	<u>Husband</u>
2.	<u>RADHY</u>	<u>29</u>	<u>M</u>	<u>SON</u>
3.	<u>OMI</u>	<u>24</u>	<u>M</u>	<u>SON</u>
4.	<u>OMIYANI</u>	<u>20</u>	<u>F</u>	<u>Daughter</u>

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
 सहायता के लिये विनती आधार

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> 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
	<u>RE - P.B</u>
	<u>IE - JMISC</u>
	<u>Surgeony - (IE) STCS + JOL</u>

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 स्वी गई सहायता राशि
1	<u>SEH</u>	

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक 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, if any, 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 सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच नहीं माना जाये या गलत माना जाये तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उचित उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में सच एवं सही है।
 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, इस धरातिका के अतिरिक्त या उसके अतिरिक्त किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा धारक)

- 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी जानकारी 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 प्रेषित है, उसे "कोशिका" एम्बुल्स, दार, चिकित्सा चिकित्सा उपकरणों से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार का प्रचार करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से जारी अधिकृत है।
 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है उचित उद्देश्य: सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्बुल्स न्यायियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
 अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप




AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा धारक)

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.

इसके अतिरिक्त, हस्ताक्षर की ओर से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी सहायता हेतु सिफारिश करने का उद्देश्य अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या ली गई है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सहायता प्राप्त करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता हेतु सिफारिश/सहायता हेतु सिफारिश की है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता हेतु सिफारिश/सहायता हेतु सिफारिश की जाती है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट किया जाता है कि अस्पताल द्वारा सहायता हेतु सिफारिश/सहायता हेतु सिफारिश की जाती है और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।
 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्ताक्षर द्वारा दी गई सहायता का चिकित्सा उपचार/उपचार का चुनाव रोगी और डॉक्टर के बीच की है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्ताक्षर के लिये रोगी के इलाज का उत्तरदायित्व और सुरक्षा के लिये अस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
 स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery अर्शक का तारीख 04/06/19	Dr. ABHISHEK KHANNA MCI No.-09-35572 Sign..... (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाज नंबर व छाप	 (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
