

C19/08/0109

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Building Block of Life.

APPLICATION No. :
आवेदन संख्या : C10819/037

APPLICATION DATE :
आवेदन तिथि 6.08.2019

NAME of APPLICANT :
आवेदक का नाम Mangali

AGE-YEARS आयु-वर्ष 60

SEX लिंग F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :
पिता/सहोदर का नाम 1010 Birju



Pre op Post op
037 Mangali

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
Vill + Post - Bhabsi Raipur
Tahsil - Rampur Maujhaun Distt.
Sabhanpur, Uttar Pradesh 247452

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता
as above

OCCUPATION :
व्यवसाय N/A

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :
कुल वार्षिक आय 65,000

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न) N/A

PAN No. स्थायी खाता संख्या N/A

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो खान्य हो उस पर सही का चिह्न लगायें) 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)	Sonu	40	M	Son
(2)	Ravi Singh	35	M	Son
(3)	Pradhuman	20	M	Son

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा 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) उपभोज्य 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
(1)	Diagnosis - RE - PCIOL LE - T.M.S.C.
(2)	Surgery - LE Temporal SIC5 + 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 राशी
(1)	SCEH	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा यह:

- 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 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन अज्ञान तथा जाहल ही से मेरी सहायता निमित्त को या स
- 2) मैं इस बात को सहायता निमित्त "कोशिका फाउन्डेशन", से ही या खाती हूँ, इसका उपयोग उन्ही उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग गया है।
- 3) मैं यकीन करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अधिकतम या समस्त विवरण किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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 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 प्रकार पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली का निशान, मैं (आवेदक) अपनी सहायता को सुनिश्चित करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके 'प्रायोजनों' " को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रकार में प्रयोग करे, उसे "कोशिका" समूह, पत्र, कथकथाय द्वारा उद्देश्य को सुदृढ़ गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये विज्ञापन या प्रचारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकार का निशान मेरे हस्ताक्षर को प्राप्त या करार में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से नहीं अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को जिस सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थना है सुनिश्चित रूप से सहायता का इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" समूह उनके गतिविधियों का निर्णय गतिविधि और सहायकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:
आवेदक की हस्ताक्षर या अंगुली का निशान

Handwritten signature: *SRH Sely*
Thumb impression: [Red thumbprint]

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 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.
 - हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर को और से सहायता/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से फंड न 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 उभर कर लेनी चाहिए, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/अधिकृत किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं मिलती, तो हमें अपने अंतर को पूरा करने के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस यकीन में स्पष्ट करता जाता है कि सहायता वित्तीय मदद तथा रोगी/रोगी हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता से नहीं लेनी/लेनी।
 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही मैं सहायता केवल वित्तीय प्रकृति को है। रोगी पर हस्ताक्षर द्वारा ही मैं सहायता या निम्न मने उपचार/प्रक्रिया का चुनाव लेती एवं हस्ताक्षर को बीच का निशान है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के हस्ताक्षर सुझा और अपने अपने को सही विनियमों के ही एवं हस्ताक्षर को रोगी और "कोशिका" को कोई भुक्तिका या विनियमों इस प्रकार में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए सिफारिश

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 06.08.2019	Dr. Abhay Gupta (M.B.B.S) (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	VIVEK RANA Administrator (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory of Hospital) (नाम व पद/संकेत/अधिकृत अधिकारी)
---	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

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