

C1910810410

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

C108191082

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

29.08.2019

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Zakeir

AGE-YEARS आयु-वर्ष

65

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

S/o Alimuddin

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Vill - Chhatarnpur, Post Ambekapur
Distt. Chhatarnpur, Uttar Pradesh
947346

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

as above



Preop Postop
082 Zakeir

OCCUPATION:

व्यवसाय

Farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

64000

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. स्थायी आय संख्या

NA

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान 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)	Latif Khan	60	F	Wife
(2)	Hussein	38	M	Son
(3)	Hussein	31	M	Son
(4)	Maseem	28	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनंति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे ड्रॉप पर (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) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनंती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
(1)	Diagnosis - RE - TMS LE - PP
(2)	Surgery - RE STCS + LCL

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 लौ गई सहायता राशी
(1)	SCEH	

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 यहाँ पर बता रहा हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य बताने में असमर्थ पाया जाता है तो मेरी सहायता प्राप्त की जा सकती है।

2) मेरी प्रार्थना को सहायता पत्र "कोशिका फाउन्डेशन", से ही प्राप्त हो रही है, इसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।

3) मैं पुष्टि करता हूँ कि भविष्य में सहायता हेतु या अन्य किसी भी रूप में, इस पत्र या आधारित या किसी विदेशी विदेशी अन्य फोर्मेड/एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस कंपनी को न तो लिया जाये और न ही परिचय में ली जाये।

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.

[illegible]

2) मैं (अपेक्षक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा काम, पढ़ा, सोचने और विचारने से सहमत होकर मैं अपने-आप में अधिक है मुझे पता: सहमत का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" रूप में अपने-आप में का निर्णय लेना और सम्बन्धित होना।

आपेदक के इमलाय या अंगुली का निदान

cell set

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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 अधिकतर, इसकाशी की ओर से आयेले लोगों को "कोशिका एजन्डेशन" से विशेष साहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (इस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:

1) यह कि न तो राज्य और न ही परिवार में द्वितीय राजस्व किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संघ से बना होता है। राज्य के पास कोई भी बैंक नहीं है, जो कि इसे "कृषिगत राजस्व" में निवेशित/विनिवेशित कर के समर्थन में "कृषिगत राजस्व" द्वारा भर देता है। यह "कृषिगत राजस्व" द्वारा राजस्व किसी भी निवेश/संस्था से प्राप्त नहीं किया जाता है तो अव्यक्त किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से प्राप्त होने या अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि राजस्व द्वितीय भरना नहीं होता/लेता। यह सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं होता/लेता।

2. "कॉलेज काउन्सिल" के लिये नई संरचना बनाया गिरिय प्रकृति की है। ऐसी पर इम्पलमेंट इस लिये नई संरचना का बिन्दु परी एवं इम्पलमेंट के बीच का बिन्दु है और "कॉलेज काउन्सिल" इस बिन्दु पर बनाया जा रहा है। इसलिये इम्पलमेंट में ऐसी के इलाज सुझा और जाने की सारी बिन्दु परी एवं इम्पलमेंट की होगी और "कॉलेज" की कार्य प्रणाली का बिन्दु परी इस संरचना में नहीं होगी।

स्योक्तौ चो लिप् संसृति

22.08.2019

Dr. Abhay Gupta (DO, DNB)
Reg. MCI/10-42122

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
 डाक्टर का नाम व इस्तेफा व सी. नं.

~~VIVEK RANA~~

Administrator

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
(Medical Officer/Hospital))

नाम व पद इस्पताल अधिकृत अधिकारी

अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी इत्यादि ।

Safeway

SIGNATURE of TRUSTEE 2

पृष्ठ संख्या 2

Self