

C1910810462

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	 Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष		SEX लिंग
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/हस्ताक्षर का नाम				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवास पता				
OCCUPATION : व्यवसाय				
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय				
PAN No. स्वाई 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 निशान लगाएं) Yes / हाँ / No / 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)	Isham	70	m	Husband
(2)	Ruben	48	m	Son
(3)	Fahid	41	m	Son
(4)	Alishah	39	m	Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए दिनीति आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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) उपभोगका कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये निम्नी का उद्देश्यः				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई इतिवेदन सूची संलग्न			
(1)	Diagnosis - RE - PP LE - TMSI			
(2)	Surgery - LF SICS + IOL			
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 ली गई सहायता राशी	
(1)	SCFH			

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा बोलना):

- 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 & I 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 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 for which this assistance is requested.

- 1) मैं यहाँ बोल रहा हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन प्रत्यक्ष रूप से गलत है तो मेरी सहायता निरास की जाएगी।
- 2) मैं यहाँ बोल रहा हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों के लिये किया जाएगा, जो इस फॉर्म में स्पष्ट रूप से बतलाने के लिये दिये जा चुके हैं।
- 3) मैं यहाँ बोल रहा हूँ कि मैं इस सहायता से या भविष्य में कभी भी, इस उद्देश्य के अतिरिक्त या अलग किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न तो लाभ लूँगा और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा बोलना)

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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को सक्षम करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार से प्रकाशित करें, जैसे "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रकाशित, दूर, याचक के द्वारा प्रसारण से जुड़ी प्रतिलिपि और प्रकाशितियों के लिये किसी भी प्रकार सहायता से प्रभावित करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा या विवरण मेरे द्वारा के लिये या कर में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" में प्रकाशित अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे पता; सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रकाशित प्रतिलिपि का निर्माण अधिकृत और सम्भव है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक को हस्ताक्षर या अंगुली का निशान

 RH self

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा बोलना)

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 याचक/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व 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 उक्त रोगी/कासे में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्देश प्राप्त की सहायता में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निवृत्ति अतिरिक्त/अवकाश हेतु समुचित नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य या सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल किसी भी प्रकार उक्त रोगी/कासे को किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता से नहीं सहायता देगा।

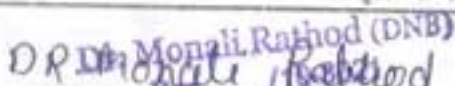
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के हस्ताक्षर और जाने जाने की सही जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होती है और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

24.08.2019

DR. Monali Rathod (DNB)


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

डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप

VIVEK RANA


(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)

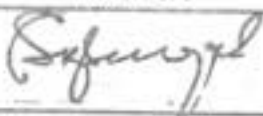
DR. Suresh Chandra Hospital
हमारे अधिकृत अधिकृत अधिकृत अधिकृत

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

भरोदा हस्ताक्षर 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2

भरोदा हस्ताक्षर 2

