

C19/08/0189

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

C10819/101

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

28-08-2019

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Yahir Hasan

AGE-YEARS आयु-वर्ष

54

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

Jamil Hasan

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता

Vill. - Bhalsha Tehanpur, Dist
Nagaur, Rajasthan - 347001
Saharanpur, Uttar Pradesh 247001

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवास पता

N/A ABOVE

Preop Postop
101 Yahir Hasan

OCCUPATION:

व्यवसाय

Laborer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

54,000

(Attach Proof of Income)

(आप को साक्ष्य संलग्न करें)

N/A

PAN No. स्थायी आय संख्या

N/A

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

क्या आप आय कर दाता हैं (को 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)	Rakesh Singh	50	F	Wife
(2)	Shabir Singh	27	M	Son
(3)	Ashraf Singh	25	M	Son
(4)	Sohail Singh	22	M	Son
(5)	Rashmi Singh	20	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विधि 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) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनोद का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
(1)	Diagnosis - RE TM SC LE TM SC
(2)	Surgery - RE STC + 102

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 राशि
(1)	SCFH	

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा घोषणा करना)

- 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 & original 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं प्रमाणित होता है तो मेरी आवेदन पत्र निरस्त किया जायेगा।
- 2) मैं द्वारा जो सहायता एपि "कोशिका फाउन्डेशन", से ले जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में मांग किया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि इस सहायता हेतु यह प्रक्रिया की जा रही है, इस एपि का अधिकतम या समस्त हिस्सा किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इन्सुरेन्स कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में ले लिया जाये।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा सहमति)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print-up/republish 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 प्रकरण में अपने हस्ताक्षर या मुद्रा के साथ सहमति देकर, मैं (अर्शक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रकाशित, प्रिंट, या अन्य माध्यमों से प्रसारित करने के लिये उपयोग किया जायेगा, जो इस प्रकरण में मांग किया है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित हैं, उन्हें स्वतः सहायता का हक्क नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा उक्त प्रसारित की जाने वाली सहायता को अंतिम और अविरोधित माना जायेगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक के हस्ताक्षर या बाएं थंब प्रिंट

Dr. Monali Rathod

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा सहमति)

- 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.
- हस्ताक्षर करके, हमारे द्वारा हस्ताक्षरित/मुद्रित की गई "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को पढ़ाई है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं:
- 1) कि हम न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता प्रदाता या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करेंगे/प्राप्त करने की कोशिश करेंगे, जो कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/प्रक्रिया प्राप्त की सहायता है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विवरण अंतिम/सफल नहीं होता है, तो हम स्वतः सहायता प्राप्त करने के लिये किसी अन्य स्रोत/सहायता प्रदाता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता वित्तीय प्रकृति की है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्रदान करने का कोई भी अधिकार नहीं है।
 - 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ले जा रही सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमारे द्वारा सहायता प्रदान की जा रही सहायता का चयन/प्रक्रिया का चयन हमारे द्वारा सहायता प्रदाता के साथ किया जाता है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्रदान करने का कोई भी अधिकार नहीं है। हमारे द्वारा सहायता प्रदान करने की सभी जिम्मेदारियाँ हमारे द्वारा सहायता प्रदाता की होती हैं और "कोशिका फाउन्डेशन" को कोई भी अधिकार नहीं है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

अर्शक को सिफारिश

Date of Surgery अपरेशन की तारीख	Dr. Monali Rathod OR. Monali Rathod (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	VIVEK RANA Administrator (Authorized Signatory of Hospital) हस्ताक्षर व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
------------------------------------	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आंतरिक उपयोग हेतु

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