

C19/09/0044

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)APPLICATION No.:
आवेदन संख्या:

C19/9/6/08

APPLICATION DATE:
आवेदन तिथि: 05.09.2019NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम:

Ramdiya

AGE-YEARS: आयु-वर्ष

74

SEX: लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/स्त्री का नाम:

Makhan

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: बस्ती आवासीय पत्ता

V.H.I - Gyanagauri Chak Abdulla
Sultulpur Paltan Khana Distt-
Bhagalpur, Bihar, India - 847001

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थान आवासीय पत्ता

AS above

Pre OP Post OP
Ramdiya.OCCUPATION:
संबंधित

hawker

MARRIED (ज़मीन) / UNMARRIED (ज़मीन)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक व्यय

54,000

(Attach Proof of Income)

(व्यय का साक्ष चेतावनी)

121

PAN No. स्थाई गता संख्या

AIA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
ममा आप आप कर रखते हैं (जो मास ही डायर पर लही का विश्वास लगता)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)	Ramdiya	65	F	Wife
(2)	Deeksha Karmakar	25	F	Son
(3)	Deekshu Karmakar	40	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विवरित उपाय

BPL Card (Attach Card Copy) गटीशी रेल के जीवे प्रणाल पत्र (प्रणाल पत्र की साथ छेद संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अपने इस वर्ष प्रणाल पत्र (प्रणाल पत्र की साथ छेद संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपरोक्त कार्ड (प्रणाल पत्र की साथ छेद संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साथ

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु लिये गए विवरों का उल्लेख:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached जल्दीकार से चारों की गई आवेदन सूची संलग्न
C1)	Diagnosis - AF = IMSC
B)	Surgery - RL - SICS + IOL

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के लिये 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 AWAILED रही गई सहायता परी
C1)	RCCH	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा यहः

- 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 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 हूं कि इस प्राप्ति में दिये गये सभी विवरण वेर्टी बास्कटबैल के अनुसार सही एवं गहरी हैं। यदि कोई विवरण ऐसे कठान भावत्य लगता है तो मेरी सहायता निश्चिह्न की जा सकता है।
- 2) मैं इस सहायता परीक्षा "कोशिका फाउंडेशन", से जी या नहीं हूं, बल्कि उपरोक्त उमीद दर्शक जी नहीं के द्वारा दिया जायेगा, जो इस प्राप्ति में याहा है।
- 3) मैं पुराणे कानून हूं कि इस सहायता द्वारा यह प्राप्ति बीज नहीं है, बल्कि यह कोशिका या सकल विवरण विस्तृत अथवा संक्षिप्त बाब्लैन्डिंग द्वारा बनायी जाने वाली घोषणा है और नहीं भवित्व में है।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करना)

- 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 fulfilment 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 प्राप्ति पर आवेदक के अंदर वेर्टी सहायता की पुराणे कानून हूं कि "कोशिका फाउंडेशन जी उपरोक्त घोषणा कानून" को अधिकृत कानून हूं कि मेरा यह, फॉर्म और जो विवरण इस प्राप्ति में दिया गया है, उसे "कोशिका" इवं न्यायी, दान, याकृत्या दूसरे उद्देश्य से जूदी परिवर्तित्वों और उपरोक्तवित्वों के द्वारा विस्तृती गी प्राप्ति याचयन से प्रतिष्ठित करने के लिए अधिकृत है। यह उपरोक्त विवरण मेरे इच्छावाले की वास्तव में वास्तव में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व नामके अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस कानून से याचयन हूं कि येर्टी यह, यह, फॉर्म और विवरण जो मैं सहायता के उद्देश्यों से प्रतिष्ठित है मुझे याचयन सहायता का उद्देश्य या उपरोक्त विवरण में दिया गया है। सहायता का उद्देश्य या उपरोक्त विवरण में दिया गया है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का विवर



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा करना)

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.

इसके अधिकृत, सहायता की ओर से सहायताएँ जो "कोशिका फाउंडेशन" से विवरण सहायता हैं उनकी हैं, जिसे हम (हस्ताक्षर) द्वारा से याचयन व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह हम ने जो वाचयन और न हो घोषणा में दिया याचयन विवरण या सहायता कानून या विस्तृत अथवा इच्छावाले वे तो हो यह है, यही द्वारा "कोशिका फाउंडेशन" में दिया गया विवरण। उस के साथ-साथ मेरे "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा यह है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा याचयन विवरण अधिकृत/सहायता है और उसके लिए यह है तो अस्पताल किसी अवधि या जातीय सहायता या किसी अन्य याचयन से सहायता लेने का अधिकार नहीं है। इस पुराणे में उसके बाद यह कानून है कि यह अस्पताल द्वितीय वर्ष उसके द्वारा याचयन विवरण से है।

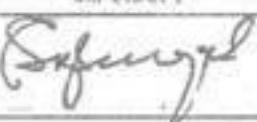
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जी नहीं सहायता के बाहर विवरण प्रदूषित नहीं है। यही या इसका हाधि ही एवं साथ-साथ या दिये गये उपरोक्त विवरण का भूत्ता यही एवं इसका को वीथ का विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा यही विवरण प्रदूषित नहीं है। इसलिये अस्पताल वे तो ही के इसका योग्य और आवेदक की याचयन विवरण द्वारा दिया गया है।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्थानी**

Date of Surgery बैरेजन की डेट 05-09-2014	DR. (Dr. Gaurav Shroff) Reg. MCI/10/37002 दाक्ता या नाम व हस्ताक्षर व रुपू. न.	VIVEK RANA (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on Behalf of Hospital) कानून व विवरण के लिए अधिकारी
---	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्बोधक उपयोग है।

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामी हस्ताक्षर 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामी हस्ताक्षर 2

