

CL9/09/0114

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
(Healthcare)
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.:
आवेदन संख्या: CL9/09/0114

APPLICATION DATE:
आवेदन तिथि 9.09.2019

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम Ymrcin

AGE-YEARS आयु-वर्ष 39
SEX लिंग M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:
पिता/कटुम्ब का नाम Nayyer

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Behat Pathempura Idkt. Post
Behat Taluqa - Behat Distt - Saharwal
151105 Badaul 947121

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

AS ABOVE



Pre Op Postop
Ymrcin 0114

OCCUPATION:
व्यवसाय Farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न) NA

PAN No. स्थाई खाता 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 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)	Rajiya	35	F	Wife
(2)	Uday Kumar	15	M	Son
(3)	Salim	10	M	Son
(4)	Rukshatha	7	F	Daughter
(5)	Rakiba	5	F	Daughter

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

EPL 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) उपभोक्ता 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 उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
(1)	Diagnosis - RE - MCL LE - TMSL
(2)	Diagnosis - RE - SIC + 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 सी गई सहायता जशी
(1)	SCEH	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा करें:

- 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.
- 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.
- 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.
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी राशि मिले, उसका उपयोग उल्लेख की शर्तों के तहत किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग किया गया है।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं किसी सहायक हेतु यह प्रबंधन नहीं कर रहा हूँ, इस राशि का अधिकतम या समस्त हिस्सा किसी अन्य संगठन/निर्देशक/व्यक्ति/कंपनी से या तो रिफंड है और या ही भविष्य में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-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.
- 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.
- इस प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित हों, उसे "कोशिका" दूरदर्शन, रेडियो, पत्र, पत्रिका/पत्र, दूरदर्शन से जुड़ी पत्रिकाओं और उपकरणों के तहत किसी भी प्रकार प्रकाशित से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हों। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या भरोदारों को अधिकृत है।
- मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित हैं पूर्णतः सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" दूरदर्शन उसके भरोदारों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक को हस्ताक्षर या अंगुली का निशान

(Signature/Thumb Impression)

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:
- 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.
 - 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 घोषणा/स्वीकृति को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं:
- यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से वक्त से वक्त सहायता प्राप्त होने से पहले या बाद में मिलेगी। यदि "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/स्वीकृति उक्त के संबंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान होगी कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता निरस्त/अप्रतिष्ठा/अप्रतिष्ठा हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय गतर उक्त सहायता/स्वीकृति हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेगा/लेगी।
 - "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। सहायता हस्पताल द्वारा ही प्राप्त होगी या किये गये उपचार/प्रक्रिया का शुल्क देती एवं हस्पताल को बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में सहायता के हस्ताक्षर सुरक्षा और अपने जाने को जारी बिना/स्वीकृति सही एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

Dr. Monali Rathod (DNB)

DR. Monali Rathod

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

हस्पताल का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

VIVEK RANA

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)

Dr. Shrotri on behalf of Hospital

रजि. नं. हस्पताल/स्वीकृति अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

भरोदा हस्ताक्षर 1

(Signature of Trustee 1)

SIGNATURE of TRUSTEE 2

भरोदा हस्ताक्षर 2

(Signature of Trustee 2)