

C19/09/0230

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

C10919/0124

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

13.09.2019

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Shuipal

AGE-YEARS आयु-वर्ष

69

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कन्या का नाम

Hanupal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Vill - Hudaish gaul, Talhara
Baining Post - Mahal, Talhara, Deoband
Dist - Sonbhat, U.P. PIN - 247154

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

As Above



BeOp Postop
Shuipal 0124

OCCUPATION :

व्यवसाय

Labourer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

60,000

(Attach Proof of Income)

(आय का सबूत संलग्न)

N/A

PAN No. आय का स्रोत

N/A

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

क्या आप आय कर पayers हैं (को मान्य हो उस पर चिह्न का निशान लगावे)

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)	Kamrati	66	F	Wife
(2)	Rama Kishan	38	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति 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) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
---	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे गये निम्नी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रिपोर्ट/दवाइयों से चिकी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
(1)	Diagnosis - HF - IHD IC - IHD
(2)	Surgery - LF STC + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिय गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लौ गई सहायता राशि
(1)	SCCH	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा यह:

- 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, for which this assistance is requested.

- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन झूठा पाया जाता है तो मेरी उदाहरण निरास को
 2) मेरे द्वारा जो सहायता यथा "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उक्त उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं कर रहा हूँ, जो कि किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से या तो लिये जा चुके हैं और न ही भविष्य में ली जा सके।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कथन)

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 is in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रारूप पर अपनी हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में जोड़ सकते हैं, उसे "कोशिका" एम्प्लॉयर, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, माध्यमों के माध्यम से दानों को आमंत्रित करने के लिये और/या कोशिका फाउंडेशन के गतिविधियों/उत्पत्तियों के बारे में जानकारी को प्रसारित करने के लिये उपयोग कर सकते हैं। मेरे प्रारूप पर मेरे नाम और पता का उपयोग मेरे इलाके में रहने या काम करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" न कर सकेगा।
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि कोशिका फाउंडेशन के भरोदारों को प्रेषित है मुझे एवम: सहायता का उपकरण नहीं बनाता। इस समर्थन में "कोशिका" एम्प्लॉयर कोशिका फाउंडेशन का निर्णय और सहायता कोष।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

(Signature)

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा कथन)

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.

हमने अधिकृत, हस्ताक्षर की और से पालन/लेने को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किंतु हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से सत्य न सत्यता बताते हैं:

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या तो ली जा रही है, यदि कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के समर्थन में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता निरिरी अधिकृत/प्रदान हेतु अनुमति नहीं मिल पाती है तो हॉस्पिटल किसी अन्य स्रोत सहायता कोष या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि कोशिका फाउंडेशन द्वारा उक्त रोगी/रोगी के लिये सिफारिश कोष या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेना/लेनी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्तगत इस चीज का मतलब यह कि वे उपचार/उपचार का चुनाव मेरी एवं हस्तगत को बीच में लिये जा रहे और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीसे कोशिका फाउंडेशन से रोगी को सहायता प्राप्त और उसे जाने की जाती सिफारिश/लेनी एवं हस्तगत को हॉस्पिटल और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery अवरोधन की तारीख 13.09.2019	DR. <i>(Signature)</i> REG. MCI/10-4214 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व तारीख	<i>(Signature)</i> VIVEK KANA (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) Dr. Shrivastava (Signature)
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामों इलाका 1 <i>(Signature)</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामों इलाका 2 <i>(Signature)</i>	