

C1910910279

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika
foundation
Building block of life.APPLICATION No.:
आवेदन संख्या:

C1091910128

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

16.09.2019

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम

Mohel. Sahewal

AGE-YEARS आयु-वर्ष

62

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:
पिता/पत्नी का नाम

Linda Halaun

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Mohel - Miral - Alisha - Mayan
1006 - Miral - Alisha - Mayan
Tahil Sahewal - Distt - Sahewal

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

L.S. Sahewal

Pre OP Post OP
Sahewal 0128OCCUPATION:
व्यवसाय

Farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

NA

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय

60,000

PAN No. स्थायी खाता संख्या

NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न लगा दें।)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 सम्बंध
(1)	Arund	56	F	WIFE
(2)	Ramesh	58	M	Son
(3)	Rajiv	25	M	Son
(4)	Hemant	23	M	Son
(5)	Sayeeha	20	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विधि आधारBPL Card
(Attach Card Copy)गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र
(प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)EWS Certificate
(Attach Certificate Copy)आयु आय वर्ग प्रमाण पत्र
(प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)Ration Card
(Attach Copy)उपभोक्ता कार्ड
(प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)Any Other
Basis/Proof
अन्य कोई साक्ष्य"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे नये विधियों का उद्देश्य:Medical Reports/Prescriptions Attached
अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्नSr. No.
क्रम संख्या

(1)

Diagnosis - BF - TMR

(2)

Surgery - BF - STS + 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

(1)

NAME of OTHER SOURCE
अन्य स्रोत का नाम

SCFH

AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED
इस नई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा घोषणा पत्र)

- 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 & angoin table 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी प्रार्थना निरास हो सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में मांग किया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता से किसी भी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न लाभ ले रहा हूँ और न ही भविष्य में ऐसा करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's 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 it's 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में घोषित हैं, जिनके "उद्देश्य" प्राप्त करने के लिए सहायता मांगी जा रही है। इस सहायता का उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में मांग किया गया है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी शर्त के "कोशिका फाउंडेशन" के द्वारा प्रसारित किया जा सकता है। इस सहायता का उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में मांग किया गया है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

LH
self

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:

- 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 it's 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इससे अधिकृत, हमारा प्रतिनिधि कोशिका फाउंडेशन को सिफारिश करने के लिए इस प्रारूप पर हस्ताक्षर कर रहा है, जो कि हम (हस्पताल) कोशिका फाउंडेशन से सहायता प्राप्त करने के लिए मांग रहे हैं।

- 1) यह कि न तो हमारी ओर से न ही कोशिका फाउंडेशन की ओर से किसी भी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने के लिए मांग की जा रही है, बल्कि हम "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता प्राप्त करने के लिए मांग रहे हैं।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में मांग किया गया है।

हम (हस्पताल) कोशिका फाउंडेशन से सहायता प्राप्त करने के लिए मांग रहे हैं। हम (हस्पताल) कोशिका फाउंडेशन से सहायता प्राप्त करने के लिए मांग रहे हैं। हम (हस्पताल) कोशिका फाउंडेशन से सहायता प्राप्त करने के लिए मांग रहे हैं।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

16.09.2019

Dr. Monali Rathod (DNB)

OR. Monali Rathod

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

डॉक्टर का नाम व इलाका व रजि. नं.

VIVEK DANA

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

हमारे प्रतिनिधि का हस्ताक्षर और मुद्रा

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

भरोदार 1 का हस्ताक्षर

Safaryal

SIGNATURE of TRUSTEE 2

भरोदार 2 का हस्ताक्षर

Safaryal