

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
 (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : आवेदन संख्या : V/0919/0582 APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : 10/09/19

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम : Hussainashah AGE-YEARS आयु-वर्ष : 76 SEX लिंग : M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुम्भ का नाम : Dalakho



PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासस्थान पता : Vill - Madanpur, Gopeshpur
 DIST - Mathura, U.P. 281502
 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासस्थान पता : Same as above

Poc of Post of (0502) Hussainashah

OCCUPATION : व्यवसाय : labour MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) : UNMARRIED
 TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय : NA (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न) : NA

PAN No. स्थायी खाता संख्या : _____
 ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर राज है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगायें) Yes / No हाँ / नहीं : No

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
<u>1</u>	<u>Sumati</u>	<u>late</u>	<u>F</u>	<u>wife</u>
<u>2</u>	<u>Rakim</u>	<u>47</u>	<u>M</u>	<u>son</u>

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) अल्प 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 विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	<u>RF - IMSC</u>
	<u>LE - IMSC</u>
	<u>surgery - (RF) KJCS+IOL</u>

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
 इस उद्देश्य के हेतु कहीं अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लिये गयी सहायता राशी
<u>1</u>	<u>SCEH</u>	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक 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 & 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, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 2) मैं दृढ़ता से सहायता को "उद्देश्य" के अंतर्गत ही प्रयोग करूँगा, जो इस प्रकरण में माँगा गया है।
 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता के लिए पूरा भुगतान नहीं करूँगा, जो मेरे अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 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 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी जानकारी को सुनिश्चित करता हूँ एवं "उद्देश्य" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रचार, प्रकाश, प्रसारण, प्रसारण के माध्यम से प्रसारित किया जा सकता है और/या कोशिका फाउंडेशन को मेरे नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रचार, प्रकाश, प्रसारण, प्रसारण के माध्यम से प्रसारित किया जा सकता है।
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रचार, प्रकाश, प्रसारण, प्रसारण के माध्यम से प्रसारित किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक को हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान




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 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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर को जोड़ने से "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं।
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त की जाएगी, जो हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए माँगा गया है, जब तक कि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जाती है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान नहीं की जाती है, तो हमें सहायता प्रदान करने के लिए अन्य स्रोतों से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस सुनिश्चित करने का अर्थ है कि हमें सहायता प्रदान करने के लिए किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेंगे/लेनी।
 2) "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्तगत द्वारा दी गई सहायता या किये गए उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी या रोगी के परिवार का विचार है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। हमारे हस्तगत में रोगी को हस्ताक्षर सुरक्षित और अपने अपने को सुरक्षित रखने का अधिकार सुरक्षित रहता है और "कोशिका फाउंडेशन" को कोई दबाव या जिम्मेदारियाँ इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 11/09/19	Dr. ABHISHEK HANDA MCI No.-09-35572 Sign..... (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	 (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
---	---	--



FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2
