

09/10/2017

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : 11/10/0691 APPLICATION DATE : 14/10/17
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : Iqbal AGE-YEARS मातृ-वर्ष 76 SEX लिंग M
आवेदक का नाम



FATHER'S/SPOUSE'S NAME : s/o Mohammad Hussain
पिता/पत्न्या का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान अस्थायी पता
H.No-1060, Matiya Damwaza

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता
Distd - Mathura, U.P. 281001

Same as above

Post Post of
(0691) Iqbal

OCCUPATION : Unemployed MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

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

PAN No. स्थायी खाता संख्या
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No हा / 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	Sayara Banu	Life	F	wife
2	Mohammed Ilyas	47	M	son
3	Naseem	43	M	son
4	Salim	40	M	son
5	Farheen	36	M	son
6	Hussain	31	M	son

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

BPL Card (Attach Card Copy) बिपीसी कार्ड के नोंचे 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) बनपोकल 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
	RE - IMSC
	LE - IMSC
	Surgery - (RE) IOL

ASSISTANCE BEING AWAIED 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 AWAIED ली गई सहायता राशि
1-	SCFH	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पर:

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 - 2) मैं दृढ़ता से सहायता प्राप्त "कोशिका फाउन्डेशन", से की जा रही है, उसका उपयोग उन्हे उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में पता लगा है।
 - 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि कितना सहायता हेतु वह प्रश्न की गई है, इस राशि का सार्वजनिक या सरकारी हिसाब किताब अन्य स्रोत/निर्देशक/बीमा कम्पनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में लूंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे के छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी जानकारी की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् पत्रों, पत्र, वाचनालय द्वारा उद्देश्य से लुभी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये विभिन्न को प्रसारित करने से प्रवृत्त करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के अन्तर्गत या सह से करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" न न्यासी अधिकृत है।
 - 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से घोषित है मुझे स्वतः सहायता का हक्का नहीं बनाता; इस संबंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

अश्विनी

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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरों के और से नाम/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी से लेने का लक्ष्य है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा पत्र हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अतिरिक्त/सकल हेतु प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो अस्पताल विभिन्न अन्य सरकारी संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल शारीरिक परेशान रोगी/रोगी को किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेना/लेवे।
 - 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से लेनी गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है; उन्ही पर हस्पताल द्वारा दी गई सहायता के बिना गैर उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी/रोगी, हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाज सुझा और जाना जाना चाहिए, जो रोगी/रोगी को हस्पताल की होम्स और "कोशिका" को कोई भी वित्तीय/वित्तीय सहायता से नहीं लेना।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति



Date of Surgery
अपरेशन की तिथि
15/10/19

Dr. PRIYA AGRAWAL
MCI No - 5841
(Signature)
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
इसका कर नाम व हस्ताक्षर व छाप, व

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
इस व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1
(Signature)

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2
(Signature)