

C19/10/0048

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

C/10/10/172

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

4.10.2019

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Akbaru

AGE-YEARS आयु-वर्ष

51

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/सहोदर का नाम

Salim

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान अस्थायी पता

Village - Roorhika, Malvi Road
Post - 108011 - Behat Distt. Saharanpur
Uttar Pradesh 247131

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवास पता

As above

Preop Postop
Akbaru 0172

OCCUPATION:

व्यवसाय

House wife

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

56,000

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. स्वयं छाता 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 लगाएं)

Yes/No

हां/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)	Salim	54	m	Husband
(2)	Akbaru	30	m	son
(3)	Hemali	27	m	son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवरण आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेटा 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विषय का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
(1)	Diagnosis - RE - Mat Cat LE - Mat Cat
(2)	Surgery - RE - SICS + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली जा रही है?

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

- 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 for which this assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ पर प्रमाणित करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी में अनुसर सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर प्रमाणित करता हूँ कि "कौशिका फाउन्डेशन", से ली गई सहायता, उसका उपयोग उदाहरण के लिए पूर्णतः मेरे लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में माँगा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर प्रमाणित करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं की है, कि इस सहायता का आशिक या सफल हिस्सा किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/बीमा कम्पनी से न ली जाय और न ही भविष्य में ली जाय।

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 solidifying 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 fulfilment of the "purpose" for which assistance is being requested.

3) इस प्रश्न पर लखने इस्लामिक यूनिवर्सिटी का जवाब है कि (आयतन) अपने तर्कों को पुष्टि करता है एवं "कोशिका फलकेशन और उसके नतीजों" को अधिकृत करता है कि स्या नाम, लता, कांठों और जो विवरण इस प्रश्न में प्रोचित है, उसे "कोशिका" एकम् जम्मी, बाग, पाकाना दूसरे उद्देश्य से कुछ निमित्तों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रसन्न माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। ये प्रश्न का विवरण जो इस्लाम के पढ़ने या बाहर के बाहर के लिए "कोशिका फलकेशन" व जम्मी अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION _____

आभेदक हो इस्तेमाल या जंगल का निशान

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.

इसने अधिकतम, हस्ताक्षरों को ओर से मागले/संगी को "कोशिका फाटनेशन" से बितिय सहायता सेत सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हममतल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो सर्वोपार्जन और न ही वित्तियन में वित्तियन सहायता किसी और सरकारी संस्था या किसी अन्य एजेंसी से उभर लेनी/पानेले ये लेने का ले लें हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफरिनिशियनित उभर के सम्पत्ति में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तियन कोशिका/सकल हेतु पानेनुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य नैः सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुचित रहता है। इस मूडि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मरद उक्त योगी/पासले हेतु किसी नैः सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से नहीं लेना/लेनी।

2. "कोशिका पाठ-रेडेशन" से तो यह सहजता से स्पष्ट विविध प्रकृति की है। रोगी पर हस्तगत क्षण भी यह सहाय या किये गये उपचार/क्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्तगत के बीच का विषय है और "कोशिका पाठ-रेडेशन" द्वारा किये प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्तगत में रोगी को हलाह सुरक्षा और आगे जाने की सारी विम्वेदनी रोगी एवं हस्तगत को होगी और "कोशिका" को कोई धुपिका या विम्वेदनी इस मामले में नहीं होगी।

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

4.10.2019

Dr. Abhay Gupta (DS, DNB)
OR, UCD, NCD, Nephrology
Reg. MCI/10-42/22

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

हाइटर का नाम व हस्ताक्षर व रॉबि न

VIVEK RANA

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

नाम व (विश्व)स्पृष्टता अविज्ञत अधिका

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासो वृत्ताक्षः ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

व्यसौ इत्यादि ।