

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika Foundation Building block of life.	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या : C/1019/10184		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 07.10.2019			
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम Irfan		AGE-YEARS आयु-वर्ष 56	SEX लिंग M		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कन्या का नाम Basir					
PARENTS RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता					
Village - Baulha Kanyath, Chilkana Dist Chikmagalur Taluk - Sahasra Raj Distt - Sahasrampur Uttar Pradesh 247223					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवास का पता				Pre OP Post OP Mohd. Irfan 0184	
OCCUPATION : व्यवसाय Farmer		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) UNMARRIED			
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय 56,000		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न) NA			
PAN No. स्वयं छात्रा संख्या 124					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर राजा है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। Yes (हाँ) / No (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 से संबंध	
(1)	Bapu	51	F	Father	
(2)	Sahif	30	M	Son	
(3)	Sahif	28	M	Son	
(4)	Samina	24	F	Daughter	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विनति आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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) उपभोगका 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				
(1)	Diagnosis - RE - Mgt cont LE - P/B				
(2)	Surgery - RE - SIES + 101				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य को 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 AVAILED ली गई सहायता राशी		
(1)	SCFH				

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा:

- 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 cost for which this assistance is requested.
- 1) मैं यथाथा बता रहा 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 सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यथाथा बता रहा हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं यथाथा बता रहा हूँ कि मैं किसी भी अन्य सहायता, रिफंड, या अन्य किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न तो लिए हूँ 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/post-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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सझति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रेषित हैं, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, राज, सचनकम्य द्वारा उद्देश्य से सुशी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यासी अधिकृत हैं।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित हैं मुझे स्वतः सहायता का हक्क नहीं बताता। इस सम्बंध 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

Dr. Abhay Gupta


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, हस्ताक्षरी की ओर से घोषणा/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता से प्राप्त की जा सकती है, जो कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनंति उठा कर सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा भुगतान हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकृत/सफल हेतु सफल नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सहायता से प्राप्त की जा सकती है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उठा कर सहायता हेतु किसी और सहायता से प्राप्त की जा सकती है।
 - 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता मिलेगी, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्तगत इस रोगी सहायता का निर्णय उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुलभ और अन्य बातों की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 07-10-2019	Dr. Abhay Gupta (DO, DNB) DR. Abhay Gupta (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.	VIVEK RANA Administrator (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) (Member of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्निहित उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 <i>Dr. Abhay Gupta</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 <i>Dr. Abhay Gupta</i>
--	--