

C19110/0159

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
 (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: C1101910186 APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: 10.10.2019

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: Saktkumari AGE-YEARS / आयु-वर्ष: 53 SEX / लिंग: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/हटुव्य का नाम: Pitambar Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता:
Village - Jainpur, Post - Sahamankus
Tahsil - Sahamankus, Distt - Sahamankus
10th Mile, Pradley, 247551

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता:
IAS LABOUR



Preop Postop
 Saktkumari 0186

OCCUPATION / व्यवसाय: labour MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): MARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: 64,000 (Attach Proof of Income) / (आय का साक्ष्य संलग्न): NA

PAN No. / आयकर खाता संख्या: MA

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 / हाँ No / 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)	Aparna	49	F	wife
(2)	Balraj	20	M	son
(3)	Nishal	18	M	son

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

<input type="checkbox"/> SPL Card (Attach Card Copy) सौबी रेशा के लेने प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
 सहायता हेतु किये गये विवरण का उद्देश्य:

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
(1)	Diagnosis - RE - M.S.C LE - B.C
(2)	Surgery - RE SICK P.T.C

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	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / ली गई सहायता राशी
(1)	SCEH	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा यथा:

- 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, if any, 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 रूप में प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिलेगी, उसे केवल उद्देश्य के पूर्ण रूप से ही हीन किया जाएगा, जो इस प्रकरण में पत्र किया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में कभी भी इस राशि का वापस या अन्य किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न ले लिये जाऊँगा और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक 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 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 प्रकार पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) आवेदनक सहायता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार से प्रकाशित हों, जैसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, दूर, दूरदर्शन द्वारा उद्देश्य के पूर्ण पूर्ण विवरणों को प्रकाशित करने के लिए प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा या विवरण से प्रकाशित होने के बाद मेरे करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता प्राप्त होगी।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को प्रकाशित करने के उद्देश्य से प्रकाशित होने के लिए स्वतः सहायता का इंतजार नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एवं उसके न्यायियों का निर्णय अंतिम और सहायकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

प्राण कुमार

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.
- इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की और से कार्यालय/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं:
- 1) कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त होने का दावा किया जायेगा, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त की सहायता में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जायेगी/प्राप्त होगी, तो हस्पताल को सहायता प्राप्त करने या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए कोशिका फाउन्डेशन से सहायता प्राप्त करने का दावा नहीं करेगा।
 - 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्राप्त होगी वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्ताक्षर प्राप्त की गई सहायता या दवा प्रशासनिक कार्य प्रशासन के द्वारा प्रदान की जाती है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान किया गया कोई भी सहायता रोगी को हस्ताक्षर प्राप्त और देने के लिए जिम्मेदार नहीं है एवं हस्पताल को रोगी और "कोशिका" को कोई भी वित्तीय या वित्तीय सहायता प्रदान करने का दावा नहीं है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE / स्वीकार्यता के लिए सिफारिश

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>10/10/2019</p>	<p>Dr. Abhay Gupta (DO, DNB) REG. NO. 1058122 <i>Dr. Abhay Gupta</i> (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.</p>	<p><i>Vivek Rana</i> VIVEK RANA Administrator (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी</p>
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1</p> <p><i>[Signature]</i></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2</p> <p><i>[Signature]</i></p>
--	--