

C19/10/0182

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
 (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: आवेदन संख्या: C/1019/0193 APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: 11.10.2019

NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम: Kasim AGE-YEARS आयु-वर्ष: 58 SEX लिंग: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/वधुव्य का नाम: Saelim

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता
House No. 44, Shikumbra Road, Village
Wadekhera, Post Bahat, Taluka Bahat
DIST Sahayra, MH, Pincode 247121
 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता
NA



OCCUPATION: व्यवसाय: habaari MARRIED (विधवा) / UNMARRIED (अविधवा): UNMARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय: 60,000 (Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न): NA

PAN No. स्थायी आय 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 (हाँ) / No (नहीं) No

| FAMILY DETAILS: परिवार विवरण | | | | |
|------------------------------|--|-------------------------|-------------|--|
| Sr. No. क्रम संख्या | Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम | Age (Years) उम्र (वर्ष) | Gender लिंग | Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध |
| (1) | Wife | 56 | F | Wife |
| (2) | Mother | 72 | M | Mother |
| (3) | Taylor | 25 | M | Son |
| (4) | Son | 22 | M | Son |

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

| | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) सही रेटा के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | <input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | <input checked="" type="checkbox"/> Reason Card (Attach Copy) उपरोक्त कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | <input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत |
|--|---|---|--|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे गये विधि का उद्देश्य:

| Sr. No. क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |
|---------------------|---|
| (1) | Diagnosis - RE 10750 LE PP |
| (2) | Surgery - RE VCS + IOL |

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई 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 जो गई सहायता राशी |
|---------------------|--|--|
| (1) | SCEH | |

DECLARATION by APPLICANT: (अर्पणकर्ता द्वारा बताना)

- 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 बताना हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही 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 यहाँ बताना हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी राशि है, इसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माग रहा है।
 3) मैं यहाँ बताना हूँ कि मैं किसी भी प्रकार से या भविष्य में किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से वही राशि नहीं ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पणकर्ता 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 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 प्रकरण में अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान देकर, मैं (अर्पणकर्ता) यहाँ सहमत होकर स्वीकार करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रयोग करें, जैसे कि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा अन्य स्रोतों से धन जुटाने के लिये या कोशिका फाउन्डेशन के गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार के माध्यमों से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रकरण का निष्पत्ति मेरे हस्ताक्षर के बिना या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से नहीं अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्पणकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउन्डेशन" के ट्रस्टियों द्वारा प्रयोग करने का अधिकार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किये गये निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्पणकर्ता के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

LH

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.

हमने स्वीकार किया है, हमारा अंगूठे का निशान देकर "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से कार्य व स्वीकार्य करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और स्रोत से प्राप्त करने के लिये या कोशिका फाउन्डेशन से सिफारिश/निर्णय प्राप्त करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी भी प्रकार से नहीं दी जाती है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि कोशिका फाउन्डेशन द्वारा सिफारिश की गई सहायता के लिये हस्पताल को कोई भी भुगतान नहीं करना है।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्राप्त की जाती है, उसे ही हस्पताल द्वारा ही सहायता के लिये ही उपयोग/प्रक्रिया का चुनाव देना एवं हस्पताल को ही सहायता देनी है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई भुगतान नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाज शुरू कराने और जारी रखने की सभी जिम्मेदारियाँ ही हस्पताल की होंगी और "कोशिका फाउन्डेशन" को कोई भी भुगतान या जिम्मेदारियाँ इस सम्बंध में नहीं होंगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Dr. Monali Rathod (हस्ताक्षर) के लिए अनुमति

| | | |
|--|--|--|
| Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 11.10.2019 | Reg. /10-3021 DR. Monali Rathod (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व मुद्रा | VIVEK RANA Administrator (Name/Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी |
|--|--|--|

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

| | |
|--|--|
| SIGNATURE of TRUSTEE 1 यासी हस्ताक्षर 1 | SIGNATURE of TRUSTEE 2 यासी हस्ताक्षर 2 |
|--|--|