


01/10/2019

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या : 011019/0199		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 11.10.2019		 <p>Preop Postop Yakub 0199</p>	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम Yakub		AGE-YEARS आयु-वर्ष 65	SEX लिंग M		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/पत्नी का नाम Majeed		PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता Machalla - Barcha Kanath - Post Tahsil - Sahasraurpur Dist Sahasraurpur 011019 Preidat. 947231			
		PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता Lds Laboure			
OCCUPATION : व्यवसाय Farmer		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय 58,000		(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न) NA			
PAN No. स्थाई खाता संख्या NA		ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न 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 से सम्बन्ध	
(1)	Khushiya	54	F	WIFE	
(2)	Amhulla	30	M	SON	
(3)	Willha Babbar	25	M	SON	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विधि अन्त					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोगता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	
				Any Other Basis-Proof अन्य कोई साक्ष्य	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु विवेचन गये विनयी का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
(1)	Diagnosis - RE - IMSC LE - IMSC				
(2)	Surgery - RE SICS F101				
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 ती गई सहायता राशी			
(1)	SCEH				

DECLARATION by APPLICANT: आवेदन दण घोषणा कर:

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं सत्य अवश्य सत्य ज्ञात है तो सही घोषणा किया जा रहा है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो मदद मिलेगी, उसे केवल उद्देश्य के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग किया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस मदद के लिए या भविष्य में किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से मदद नहीं ले रहा 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 it's Trustees to use/publish/post-up/produce 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 की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) सहजी सहजता से घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके आचार्यों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रकरण में प्रयोग कर सकते हैं, जो "कोशिका" एचएनएचसी, दान, संचार/प्रचार के माध्यम से उद्देश्य के लिए विभिन्न माध्यमों के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे हस्ताक्षर के बिना या बिना मेरे सहमति के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" में प्रेषित नहीं किया जाएगा।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउन्डेशन" के आचार्यों के द्वारा प्रसारित करने के लिए प्रयोग किया जा सकता है। इस प्रकरण में मेरी मदद के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" को अधिकृत किया जाता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल 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 treatments/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.
- इससे अधिकृत, हमारे अधिकृत अधिकारी के द्वारा यह घोषणा करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं:
- 1) हम यह घोषणा करते हैं कि हम वर्तमान में या भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और स्रोत से किसी अन्य रोगी के लिए नहीं ले रहे हैं, बल्कि हम "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता/वित्तिय मदद को मांग रहे हैं। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता/वित्तिय मदद नहीं मिलती है, तो हमें अन्य स्रोत से सहायता/वित्तिय मदद लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा के माध्यम से हम "कोशिका फाउन्डेशन" को वित्तिय सहायता के लिए अधिकृत करते हैं।
 - 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से मदद केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी का इलाज/उपचार का चुनाव रोगी एवं हॉस्पिटल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हॉस्पिटल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अनेक अन्य चीजों की ज़िम्मेदारी रोगी एवं हॉस्पिटल की होती है और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery अपरेशन की तारीख</p> <p>11.10.2019</p>	<p>Dr. Monali Rathod (DNB) <i>DR. Monali Rathod</i></p> <p>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व सील</p>	<p>VIVEK RANA <i>Vivek Rana</i></p> <p>Administrator (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हॉस्पिटल के अधिकृत अधिकारी</p>
--	--	---

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

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