

C19/10/0174

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
 (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : आवेदन संख्या : C11019/0200
 APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : 01.10.2019

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम : Rasoolia
 AGE-YEARS आयु-वर्ष : 68
 SEX लिंग : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/कटुम्ब का नाम : W/O Arshia

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
 Village - Kheri Madali Post
 Saharandoli Dist - Saharandoli Dist
 Saharandoli Dist - Saharandoli Dist 217121

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता
 was above



Pre OP Postop
 Rasoolia 0200

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

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय : 52,000
 (Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न) : NA

PAN No. : PAN 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 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 का संबंध
(1)	Arshia	70	M	Husband
(2)	Arshia	51	M	Son
(3)	Arshia	48	M	Son
(4)	Arshia	46	M	Son
(5)	Arshia	35	M	Son

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

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	--	---	--

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
(1)	Diagnosis - RE LE PD MAF Card
(2)	Surgery - RE SCS F10L

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

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

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा घोषणा पत्र)


- 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई कथित एवं वास्तव असत्य कथन कहा जाए है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 2) मैं दृढ़ता से घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो मदद मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पत्र किया है।
 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि किये सहायता हेतु वह व्यय नहीं है, उस व्यय का भुगतान या वापस लेना किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न हो सके है और न ही भविष्य में हो।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक 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/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 its 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायोर्ष" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा प्रसारित, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, दूरदर्शन से जुड़ी विधिविधियों और प्रकाशितियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मैं प्रारूप का विवरण धीरे धीरे के रहने या कर में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यायी अधिकृत है।
 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता से उद्देश्य के अधिन है मुझे भवतः सहायता का इस्तेमाल नहीं करना। इस सम्बन्ध में "कोशिका" द्वारा उसके न्यायोर्षों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निरूपण

Signature


AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

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 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.

इसके अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी सहायता किसी और सहायता स्रोत से किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या से नहीं है, बल्कि कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/सहायता हेतु सन्तुष्ट नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत सहायता को भी या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय स्तर उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और सहायता को भी या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।
 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो मदद सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही नहीं सहायता का किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुचारु और आगे जाने की सही जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई दबाव या जिम्मेदारी इस सम्बन्ध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Dr. Monali Rathod
 सिफारिश हेतु अनुमति

VIVEK RANA
 Administrator
 (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)
 नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery
 अर्शक की तारीख
 11.10.2019

DR. Monali Rathod
 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
 डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व पद, नं.

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अनारक्षित उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
 न्यायी हस्ताक्षर 1


SIGNATURE of TRUSTEE 2
 न्यायी हस्ताक्षर 2
