

C.19/10/0134

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
 (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: C/1019/0201 APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: 11.10.2019

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: Makloub AGE-YEARS / उम्र-वर्ष: 89 SEX / लिंग: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/कटुम का नाम: Burak

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता:
House No. 19, Chilkhandi Bazar, Sahelbura, Bhatkhera Post + Tahsil Sahelbura, Pradesh 247231

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थाई आवासीय पता:
LAS Jabave



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

TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक आय: 62,000 (Attach Proof of Income) / (आय का प्रमाण संलग्न): NA

PAN No. / पैन संख्या: NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
 क्या आप आय कर दाता हैं (को प्रत्येक को उक्त पर सही का चिह्न 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)	Wife / Shmeel	56	M	Wife
(2)	Nephew / Naveed Ali	20	M	Son
(3)	Wife / Rahma	35	M	Son

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

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) / गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पर (प्रमाण पर की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / अन्य आय वर्ग प्रमाण पर (प्रमाण पर की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) / उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पर की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof / अन्य कोई प्रमाण
---	---	---	--

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

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रीविषेन युक्ती संलग्न
(1)	Diagnosis - RE - TMSL CE - TMSL
(2)	Surgery - RE SICS + IOL

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 राशि
(1)	PCEH	

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शेक द्वारा केल गऽ)

- 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 amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ कबल हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा सत्य बात है तो मेरी सहायता निम्न की जा सकती है।
 2) मैं इस बात को सख्त तौर पर "कॉशिका फाउन्डेशन", से सौ का रही है, इसका उपयोग इस उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में परत गया है।
 3) मैं यहाँ कबल हूँ कि इस सहायता हेतु यह प्रमाण को नहीं है, इस उद्देश्य का अर्थिक या कबल निम्न किसी अन्य स्रोत/निर्धारक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेक द्वारा केल)

- 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 पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शेक) अपनी सहमति को यहाँ कबल हूँ एवं "कॉशिका फाउन्डेशन और इसके त्रस्टियों" को अधिकृत कबल हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रयोग हैं, इसे "कॉशिका" द्वारा प्रसारित, प्रकाशित, प्रकाशित करने के लिये उपयोग में ली जा सकती है, जो मेरी सहायता के लिये किया जा रहा है। इस प्रकरण में मेरी सहायता के लिये "कॉशिका फाउन्डेशन" व त्रस्टियों को अधिकृत है।
 2) मैं (अर्शेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रयोग में ली जा सकती है। सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस प्रमाण में "कॉशिका" द्वारा कबल त्रस्टियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शेक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निम्न

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा केल)

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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर को जोर से प्रसारित/प्रकाशित को "कॉशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय 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 वित्तिय सहायता किसी भी सारकारी संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या ली जा रही है, जैसे कि हमने "कॉशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/प्रति उक्त के प्रमाण में "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा परत हेतु कि है। यदि "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अर्थिक/कबल हेतु परत नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत सारकारी संगठन या किसी अन्य संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस यहाँ में स्पष्ट कबल जाता है कि हस्पताल द्वितीय परत उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सारकारी संगठन या किसी अन्य संगठन से नहीं लेना/लेगी।
 2) "कॉशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी का हस्ताक्षर द्वारा ली गई सहायता किने गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल को बीच का विषय है और "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई हस्तक्षेप नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुझा और जाने जाने को सही विधि/रोगी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कॉशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Dr. Monali Rathod (M.B.B.S)
 सर्जिकल ऑफिस रोगी संरक्षक

VIVEK RANA

Administrator

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

Date of Surgery
 ऑपरेशन की तारीख
 11.10.2019

OR. Monali Rathod
 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
 डॉक्टर का नाम व इलाजक व रजि. नं.

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
 त्रस्टी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
 त्रस्टी हस्ताक्षर 2