

C191010210

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
 (सहाय्य देखभाल)



APPLICATION No.: आवेदन संख्या: C/101910206 APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: 12.10.2019

NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम: JebunNisha khameem AGE-YEARS: उम्र-वर्ष: 58 SEX: लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/सहस्रवर्ग का नाम: late Dilshad Khan

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता
Mahalle - Shekhgoudgan Post
Masumia Tahsil Pashapur Masumehar
Distt. Saharaspur U.P. Pincode: 247452

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता
As above



Preop Postop
 JebunNisha 0206

OCCUPATION: व्यवसाय: House wife MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (जन्मविहित): NA

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय: 54,000 (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न): NA

PAN No. रखाई खाता संख्या: NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (को मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगावे): Yes/No हां/नहीं

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 सम्बन्ध
(1)	Dilshad	60	M	Husband
(2)	Sahial	30	M	Son
(3)	Son	28	M	Son
(4)	Son	24	M	Son

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रखाई के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration-Card (Attach Copy) दूधपेसा कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	---	--

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
(1)	Diagnosis - RE = 1025C LE = 1025C
(2)	Surgery - LE SICS + 101

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

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

DECLARATION by APPLICANT: (अर्पणक द्वारा घोषणा करें)

- 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. any.
- 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 प्रारूप में दिए 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 इससे घोषणा करती हूँ "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पता लगा है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करती हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु या अर्पणक को नहीं है, उस राशि का वापस या प्रकृत व्यय किसी अन्य स्रोत/निर्देशक/बीमा कम्पनी से न हो सके है और न ही भविष्य में सूर्य।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पणक द्वारा करत)

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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्पणक) अपनी सहमति की घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके त्रुस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित हैं, उन्हें "कोशिका" एवम् त्रुस्टियों, एवं कर्मियों द्वारा अर्पणक से मुझे गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी उपाय साधना के प्रदर्शन करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे प्रारूप के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व त्रुस्टियों अधिकृत हैं।
- 2) मैं (अर्पणक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों के प्रदर्शन हेतु प्रेषित हैं मुझे सहायता का इंतजार नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एवम् त्रुस्टियों या त्रुस्टियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्पणक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निरूपण

Handwritten signature


AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करत)

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.

इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की और से अर्पणक/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु विचारित 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 वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय/वित्तिय सहायता के रूप में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किन्हीं अतिरिक्त/सकल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अर्पणक किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अर्पणक द्वारा उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता संगठन वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्ताक्षर प्रारूप पर ही सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्ताक्षर के बीच का विचार है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्ताक्षरों रोगी के हस्ताक्षर द्वारा और जाने जाने की सही किन्हेटी लेगी एवं हस्ताक्षर की होगी और "कोशिका" को कोई दबाव या किन्हेटरी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
अर्पणक की तारीख

12-10-2019

Dr. Abhay Gupta (D.O. DNB)

REG. MCI/10-12/22

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
 डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व तारीख

VIVEK RANA

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
 Dr. Shroff
 on behalf of Hospital)
 नाम व त्रुस्टियों/हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
 त्रुस्टी हस्ताक्षर 1

Signature of Trustee 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
 त्रुस्टी हस्ताक्षर 2

Signature of Trustee 2