

C191010271



APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No. : आवेदन संख्या : **C11019/0230** APPLICATION DATE : आवेदन तिथि **15.10.2019**

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम **Khakun** AGE-YEARS आयु-वर्ष **66** SEX लिंग **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/सहोदर का नाम **W/O T. Khabal**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवासीय पता
W/O T. Khabal - Khatra Mahal Post + Taluk Rampur, Muzhikhasan Distt Sahasraurpur, Uttar Pradesh, 249111

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवासीय पता
AS ABOVE



**Preop Postop
Khakun 0220**

OCCUPATION : व्यवसाय **House wife** MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय **60,000** (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें) **NA**

PAN No. स्थायी खाता 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 हाँ / नहीं **NO**

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)	T. Khabal	70	M	Husband
(2)	M. Khabal	32	M	Son
(3)	Mrs. Mahal	30	M	Son

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

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

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न
(1)	Diagnosis - RE TMIC LE TMIC
(2)	Surgery - LE SITS T10L

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 शी गई सहायता राशि
(1)	SCEH	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा करः

- 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 अवसर सच बताई है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से घोषणा करती हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसे मैं केवल उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये ही प्रयोग करूँगी, जो इस प्रकरण में बताया गया है।
- 3) मैं घोषणा करती हूँ कि मैंने भविष्य में कभी भी अपने उद्देश्य के लिये, जो इस प्रकरण में बताया गया है, उस उद्देश्य के अतिरिक्त किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न तो सहायता ली है और न ही भविष्य में लूँगी।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा करः)

- 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 is in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या बायाँ हाथ की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में बताया है, उन्हें "कोशिका" एम्प्लॉयर्स, दान, सहायता एवं उद्देश्य के लिये प्रचारित करने के लिये प्रयोग कर सकें। इस प्रकरण के अंतर्गत मेरी सहायता के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता प्राप्त करने के लिये अधिकृत है। मेरी प्रकरण का विवरण मेरी इच्छा के बिना ही प्रकाशित करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता प्राप्त करने के लिये अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना मेरी इच्छा के प्रकाशित करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता प्राप्त करने के लिये अधिकृत है। मेरी प्रकरण का विवरण मेरी इच्छा के बिना ही प्रकाशित करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता प्राप्त करने के लिये अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनक के हस्ताक्षर या बायाँ हाथ की छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा करः)

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.

इससे अधिकृत, हमारे अधिकृत हस्ताक्षरकर्ता के "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को करते हैं, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और स्रोत से किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगिणी के लिये प्राप्त की जा रही है, बल्कि हम "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता प्राप्त करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान की जा रही है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/दुबारा हेतु प्रदान की जा रही है तो हमारा कर्तव्य है कि हमारे सहायता प्राप्त करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता प्राप्त करने के लिये अधिकृत है। इस प्रकरण में सहायता प्राप्त करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता प्राप्त करने के लिये अधिकृत है।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो सहायता प्राप्त की जा रही है, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज/उपचार हमारे अतिरिक्त/दुबारा का चुनाव हमारे द्वारा ही किया जाता है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हमारा कर्तव्य है रोगी के इलाज सुचारु और जाने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ हमारे द्वारा ही होती हैं और "कोशिका" को कोई पुष्टिका या जिम्मेदारियाँ इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 15.10.2019	Dr. Abhay Gupta (DO, DNB)  (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व पता न	 VIVEK RANA (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) Dr. Shroff (Chief of Hospital) डॉ. शर्मा (मुख्य अधिकारी)
---	---	--

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2 
---	--