

C19/10/0305

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
 (स्वास्थ्य देखभाल)



Preop Postop
 Najim 0231

APPLICATION No. : आवेदन संख्या : C11019/0231

APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : 16.10.2019

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम : Najim

AGE-YEARS आयु-वर्ष : 53

SEX लिंग : M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/सहस्रवध का नाम : Lakkam

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता :
 Village - Rayapur, Malanur,
 Post - Talasik, Kanchipuram, Madhavaram,
 Distt - Suburban, Kattar, Prathibha, 2018

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता :
 In above

OCCUPATION : व्यवसाय : Labourer

MAJORED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) : MAJORED

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय : 62,000

(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न) : 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 निशान लगावे): 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)	Wife	50	F	WIFE
(2)	Mukundan	28	M	SON
(3)	Ushia Aji	24	M	SON
(4)	Rajit	18	M	SON

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

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

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

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

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 तो वह सहायता कती
(1)	SCEH	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदन द्वाारा 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 आवेदन में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य सचय अलग पाया जाता है तो मेरी आवेदन पत्र को खारिज कर दिया जा सकता है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस आवेदन में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने आगे से या भविष्य में किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो सहायता ली और न ही सहायता के लिये प्रार्थना की है।

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/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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) आवेदन पत्र को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यायोचालकों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार से प्रकाशित हों, जैसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक माध्यमों से सूची प्रकाशित करने और जानकारी के लिये विज्ञापन के माध्यम से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रश्न का निराकरण मेरे हस्तगत के पत्रों या रूप में करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" से न्यायोचालकों को अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी माध्यम से प्रकाशित करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" से न्यायोचालकों को "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक माध्यमों का प्रयोग करने और सहायता के लिये प्रार्थना करने का अधिकार नहीं है। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा प्रकाशित न्यायोचालकों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

LA
SELF



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर 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 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, हस्ताक्षर की जांच से प्राप्त/प्राप्त की "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) वित्तिय सहायता से लाभ न स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या लेंगे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त से सहायता से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/सकल हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत सहायता से किसी अन्य संस्थान से प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि से स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वारा प्राप्त उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सारकारी संस्थान या किसी अन्य सहायता से नहीं लेंगे/लेगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्राप्त सिफारिश प्रस्तुत की है। ऐसी या हस्ताक्षर द्वारा ही नहीं प्राप्त न किने गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्ताक्षर को बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिये हस्ताक्षर में रोगी को हस्ताक्षर द्वारा और जाने जाने को सही विधेयता हेतु एवं हस्ताक्षर को होने और "कोशिका" को कोई प्रतिकार या विधेयता इस सहायता में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery हस्ताक्षर की तारीख</p> <p>16.10.2019</p>	<p>Dr. Meghali Rana (DNB) Res. (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छिद्र</p>	<p>VIVEK RANA Administrator Nahik, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी</p>
---	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

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