

C19/10/0326

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : आवेदन संख्या : C/1019/0233

APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 17.10.2019

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम Palla

AGE-YEARS आयु-वर्ष 75

SEX लिंग M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/सहोदर का नाम Bikkiya



Pre OP Postop
Palla 0233

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवास पता
Village - Sukhdev Post Gurgaon
Tahsil Narewa Distt Sahasrampur
Uttar Pradesh 247341

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता
AS above

OCCUPATION : व्यवसाय Farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय 60,000

(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण 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 लगाएं) Yes 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)	<u>Sukhdev</u>	<u>35</u>	<u>M</u>	<u>Son</u>

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

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे करने निम्नी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
(1)	<u>Diagnosis - DE PP</u> <u>LE TMSL</u>
(2)	<u>Surgery - LE STCS + IOL</u>

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

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

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 यथासंभव बता रहा हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य अथवा असत्य पाया जाता है तो मेरी आवेदन पत्र को खारिज कर दिया जा सकता है।
- 2) मैं यथासंभव घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिलेगी, उसे केवल इस प्रकरण के उद्देश्य के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग किया गया है।
- 3) मैं यथासंभव घोषणा करता हूँ कि मैं अब तक और भविष्य में भी, इस राशि का अंशिक या पूर्णतः प्रत्यापन किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से नहीं किया है और नहीं किया मैं करूँगा।

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 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) यथासंभव सहमति की घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" और इसके निदेशकों को मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रकरण के लिए प्रयोग करने की अनुमति देना है, जो दानों को आमंत्रित करने और कोशिका फाउंडेशन के गतिविधियों और उपलब्धियों के बारे में जानकारी देना शामिल करने के लिए आवश्यक है। मेरा प्रकरण पर इस प्रकार के प्रयोग का करार करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से मेरी सहमति है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण को "कोशिका फाउंडेशन" के निदेशकों के द्वारा प्रयोग करने से मेरी सहायता के लिए मेरी अधिकृतता का कोई भी दावा नहीं होगा। सहायता का प्रदान नहीं किया जाएगा। इस संबंध में "कोशिका फाउंडेशन" अपने निदेशकों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा करार)

- 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, than 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.

- इसके अधिष्ठाता, हस्ताक्षर की ओर से आवेदन/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार्य करते हैं।
- 1) यह कि हम वर्तमान और भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सार्वजनिक संस्था या किसी अन्य स्रोत से इस रोगी/रोगी के लिए मांग नहीं करते हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त की है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है तो हमें सहायता प्राप्त करने के लिए अन्य स्रोतों से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा के अंतर्गत हम स्वीकार करते हैं कि हमारा अंतिम निर्णय इस रोगी/रोगी के लिए सार्वजनिक संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं होगा।
 - 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्राप्त होगी, उसे केवल वित्तीय सहायता के लिए ही प्रयोग किया जाएगा। यदि सहायता नहीं दी जाती है तो हमें सहायता प्राप्त करने के लिए अन्य स्रोतों से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा के अंतर्गत हम स्वीकार करते हैं कि हमारा अंतिम निर्णय इस रोगी/रोगी के लिए सार्वजनिक संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं होगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए अनुमति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>17-10-2019</p>	<p>Dr. Gaurav Shah DR. Gaurav Shah (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व पंजी. नं.</p>	<p>VIVEK RANA Administrator (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory of Hospital) नाम व पद हॉस्पिटल अधिष्ठाता अधिकारी</p>
--------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामों हस्ताक्षर 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामों हस्ताक्षर 2</p>