

C19/10/0308

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (Healthcare)
 (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : आवेदन संख्या : 011019/0226 APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : 16.10.2019

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम : Akbar AGE-YEARS आयु-वर्ष : 61 SEX लिंग : M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/सहस्रिय का नाम : Muda

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता
Kalsiya Road Village Dabhora
Post + Tahsil Saharanpur Dist
Saharanpur Uttar Pradesh 247121

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता
AS ABOVE



Preop Postop
Akbar 0226

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

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय : (Attach Proof of Income) (आय का सबूत संलग्न) : NA

PAN No. : PAN 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 हां / 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 सम्बंध
(1)	Rukhsana	59	F	Wife
(2)	Muhammad	22	M	Son
(3)	Umera Sheer	27	M	Son
(4)	Azeem Mohd.	22	M	Son
(5)	Azeem	19	M	Son

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

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गौरी रखा 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 सबूत
--	--	---	---

"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 IMSC LE IMSC
(2)	Stenogony - LE SCROTAL

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)	SCEH	

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शेक ह्यु करत पर)

- I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statements will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 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.
- 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.
- मैं यहाँ पर यह कह रहा हूँ कि इस प्रश्न से मिले गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं काल अवधि सत्य नहीं है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मैं यहाँ पर यह कह रहा हूँ कि मैंने कभी भी "कोशिका फाउन्डेशन", से कोई भी सहायता नहीं माँगी है, इसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में सत्य एवं सही है।
- मैं यहाँ पर यह कह रहा हूँ कि मैंने कभी भी सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं की है, इस रकम का अंशिक या पूर्णतः किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेक ह्यु करत)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/pul-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.
- 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.
- इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शेक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में उल्लिखित हैं, इसे "कोशिका" एवम् न्यासीयों, चर, साप्ताहिक दूरदर्शन से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सहायता से प्रचारित करने के लिये अधिकृत हैं। मैं प्रश्न का विवरण मेरी इच्छा के विरुद्ध या चर से करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यासीय अधिकृत है।
- मैं (अर्शेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रसारित है पूर्णतः सहायता का इस्तेमाल नहीं करेगा। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और सन्तुष्टिकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शेक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल ह्यु करत)

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:

- 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.
- 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 ओर से अनुमोदित/रंगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किन्तु हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।

- यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/पावने में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिशित रकम से सहायता से "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियमित/सफल हेतु मन्तव्य नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय चरण तक रोगी/रोगी हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/पावने।
- "कोशिका फाउन्डेशन" से लगे गये सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा की गई सहायता या किने गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुझा और लेने वाले की सभी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भी पुष्टि/सहायता या जिम्मेदारी इस सम्बन्ध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 16.10.2019</p>	<p>Dr. Monali Rathod (MNB) <i>Dr. Monali Rathod</i> (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.</p>	<p><i>Vivek Rana</i> VIVEK RANA, Administrator (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory or behalf of Hospital) नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी</p>
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अन्तरिक उपयोग हेतु)

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