

SRF-C-20-01-0247



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

APPLICATION No. / आवेदन संख्या: 1012010347 APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: 09.01.2020

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: habifan AGE-YEARS / आयु-वर्ष: 67 SEX / लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहस्रपत्नी का नाम: Mahabub

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता:
village Chatki Post Sahainampur
Tehsil Sahainampur Distt Sahainampur
Distt Sahainampur +144 Pincode 247121

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता:
As Above



Pre op Postop
0347 habifan

OCCUPATION / व्यवसाय: Home Maker MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): MARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: 60,000 (Attach Proof of Income / (आय का साक्ष्य संलग्न): N/A

PAN No. / आई टैक्स संख्या: N/A

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगायें): Yes / No 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 संबंध
(1)	Mahabub	70	m	Husband
(2)	Harrudin	41	m	Son
(3)	Idas Mohd.	35	m	Son

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

BPL Card (Attach Card Copy) / कोटिरी देख के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / अन्य आय की प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) / उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof / अन्य कोई साक्ष्य
------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------

'PURPOSE' for REQUESTING ASSISTANCE.
सहायता हेतु किसे न्ये विनति का उद्देश्य:

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल-डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
(1)	<u>Diagnosis - RE TMSC</u> <u>LE TMSC</u>
(2)	<u>Surgely - RE - SICK PLOL</u>

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 राशी
(1)	<u>SCEM</u>	

DECLARATION by APPLICANT (अर्पणक द्वारा किये गए):

- 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. I am liable for application/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.
- 1) मैं यहाँ पर कबल (कि इस प्रश्न में लिखे गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण सत्य कबल अवश्य प्राप्त जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को अवश्य यकीन "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में कहा गया है।
- 3) मैं यकीन करता हूँ कि मैं किसी अन्य स्रोत से इस प्रकार की सहायता नहीं ले रहा हूँ, उस-यदि का भवितव्य या संभव है कि किसी अन्य स्रोत/निर्वाहक/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पणक द्वारा किये गए):

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/submit/print-up/produce 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.
 - 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 अंगूठों के छाप लगाकर मैं (अर्पणक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उन्हें "कोशिका" द्वारा न्यायी, सच, वाक्यांश/चित्रों उद्देश्य से लुकी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रश्न को विवरण मेरे इतना के पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" में न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्पणक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसके न्यायीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्पणक के हस्ताक्षर या अंगूठों का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा किये गए):

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:



- 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. In the event 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 arrangements 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरों की आगे से प्राप्त/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" में विवरण सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य या स्वीकार करते हैं।

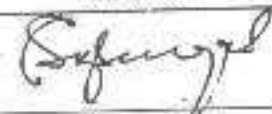
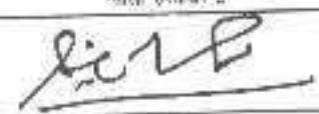
1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विवरण सहायता किसी और सहायता के माध्यम से किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त होने से रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विवरण उसी के माध्यम से "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विवरण अतिरिक्त/मकल हेतु प्रदान नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सहायता के माध्यम से या किसी अन्य सहायता के माध्यम से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल निर्णय प्राप्त उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और सहायता के माध्यम से किसी अन्य स्रोत से नहीं ली/प्राप्त होगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ली गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किया प्रस्ताव का कोई दबाव नहीं है। उपरोक्त हस्ताक्षरों से रोगी के इतना सुरक्षा और आने वाली की सारी जिम्मेदारियों रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई सुरक्षा या जिम्मेदारियों इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 09.01.2020	 DR. Ramceez Reza (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.	 VIVER RANA (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व फं. हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
---------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अंतर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2 
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------