


SRE-C-20-01-0322

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika foundation Building blocks of life	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या: C/0120/0350		APPLICATION DATE: आवेदन तिथि 11-01-2020			
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम Irshad		AGE-YEARS आयु-वर्ष 61	SEX लिंग M		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कन्या का नाम Yamin		PRESENT RESIDENCE ADDRESS वास्तव्य अवस्थाय का Village - Salempur Gaurha Post Bahal Taluk Bahal Distt. Saharsanpur Jhars Road No. 247131		Pre Op Post op 0350 Irshad	
		PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी अवस्थाय का As above			
OCCUPATION व्यवसाय farmer		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय 60,000		(Attach Proof of Income) (अभ्य का साक्ष्य संलग्न) NA			
PAN No. सवाई 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 को निशान लगाये)		Yes हाँ <input type="checkbox"/> No नहीं <input checked="" type="checkbox"/>			
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)	Rakeshwar	60	F	wife	
(2)	Anish	35	M	son	
(3)	Nashari	30	M	son	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनती आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग 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 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 PCTOL LE PSC				
(2)	Surgery - LE SICL + IOL				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया हो?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशी		
(1)	SCEH				

DECLARATION by APPLICANT (अर्शक द्वारा घोषणा करें):

- 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 & request 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 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 for which this assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहजता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पर्यक्त है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह अर्शक की गई है, उस सहायता का अधिक या समकाल कितनी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ली जायेगी और न ही भविष्य में ली जायेगी।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा कर्ता)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 fulfilment 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी सहजता को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रारूप में प्रयोग करें, उसे "कोशिका" एवम् ज्यारों, धर्म, राजसभा/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रचारित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे हस्ताक्षर के जमाने या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" में प्रसारित अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है पूर्णतः सहायता का हक्का नहीं बनाता। इस संबंध में "कोशिका" एवम् उसके भरोदारों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

self

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कर्ता)

By affixing hereunder signature of our Authorised Signatory for recommending the 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.

- हमारे अधिकृत हस्ताक्षर की ओर से हमसे/हमारे को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार से किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये मांगी जायेगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के समकाल में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मांग कर रहे हैं। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता कितनी अधिक/समकाल हेतु मन्तव्य नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल निर्णय कर उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी प्रकार से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्तगत द्वारा की गई चिकित्सा के लिये हमें उपचार/चिकित्सा का चुनाव देना एवं हस्पताल के चयन का विवरण है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। हस्ताक्षर हस्पताल में रोगी को इलाज सुरक्षित और अपने चयन की सारी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल की रोगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारियाँ इस मामले में नहीं होंगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

VIVEK RANA

Administrator

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery
अपरेशन की तारीख
11.01.2020

DR. Gaurav Shah
MS 301/10-37302
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
ज्यूसी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
ज्यूसी हस्ताक्षर 2

Sufanujal

[Signature]