

URU-C-19-11-1507

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
 (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: U/0120/1027
 आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE: 13-01-20
 आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Ali Ahamed
 आवेदक का नाम

AGE-YEARS: 46 SEX: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Booletha
 पिता/पत्नी का नाम

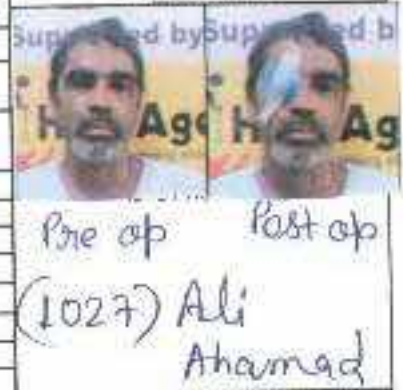
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान अवासीय पता

553 Radheshyam Colony, Jainiyhpura

DIST- MATHURA, U.P. 281003

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई अवासीय पता

same as above



Pre op (1027) Ali Ahamed
 Post op

OCCUPATION: unemployed
 व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 20000
 कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income) (आप का साक्ष्य संलग्न): NA

PAN No. स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) Yes / No
 क्या आप आय कर दाता हैं (जो नाथ हो उस पर 'हाँ' का चिह्न लगाएं) हाँ / नहीं

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.	RUKMANI	52	F	WIFE
2.	makesh	36	M	SON
3.	mukul	27	M	SON
4.	Kuldeep	25	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के लेख प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को 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) उपभोगा कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	---	---	--

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन मुची संलग्न
	RE - I M SC
	LE - I M SC
	Surgery - (RE) SIC & TOL

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED तो गई सहायता राशि
1.	SCEH	

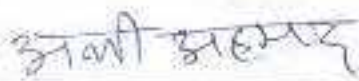
DECLARATION by APPLICANT (अर्थक द्वारा घोषणा पत्र):

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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झिंझप एवं कथन ज्ञान्य पत्रा जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 2) मैं द्वारा मे सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में भी बताया है।
 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु एक प्रार्थना की गई है, उस धरम का अधिक या समतन किसी किसी अन्य संगठन/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ली लिया है और न ही भविष्य में लूंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्थक 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/post/upload/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 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 (अर्थक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके 'व्यवस्थापकों' को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रारूप में घोषित हैं, उन्हें "कोशिका" एवम् 'व्यवस्थापकों' द्वारा, जनसमुदाय वृद्धों उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे द्वारा का विवरण धीरे-धीरे के प्रकाश या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" में जारी अधिकृत है।
 2) मैं (अर्थक) इस बात में सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित हैं जुड़े स्वतः सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एवम् उसके 'व्यवस्थापकों' का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्थक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निरूपण



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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, then the Hospital reserves its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
 हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से समझौते को "कोशिका फाउन्डेशन" से विधिपूर्वक 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 विधिपूर्वक सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या से रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से विकल्पित/किसी उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किन्हीं अधिक/सकल हेतु मन्जूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किन्हीं अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल विशेष मदद उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेना/लेती।
 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने गये सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। ऐसी न हस्पताल द्वारा से यह सहायता किन्हीं नये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के हलाक सुखा और अपने जाने को सारी जिम्मेदारियों को वह हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में ली होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
 स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery / अर्थक की तारीख
 13-01-20
 Reg No. / Reg. No.
 Time / Date
 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
 डॉक्टर का नाम व इलाका व तारीख

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
 नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी



FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
 साहबे हस्ताक्षर।


SIGNATURE of TRUSTEE 2
 व्यक्ती हस्ताक्षर।
