

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Bringing peace of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

C1022010406

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

06.02.2020

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Suresha

AGE-YEARS आयु वर्ष

54

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME

पिता/कन्या का नाम

Saliram

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Village Hatholi Post Sadoli Kadim
Tehsil Behat Distt Saharanpur
Uttar Pradesh, 247121

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

As above



Preop Postop

0406 Suresha

OCCUPATION

व्यवसाय

House maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME

कुल वार्षिक आय

62,000

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई खाता 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 चिह्न लगाएं)

Yes No

हां 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 सम्बन्ध
(1)	Saliram	57	M	Husband
(2)	Kamal	25	F	Daughter
(3)	Soniya	24	F	Daughter
(4)	Rambateen	22	F	Daughter
(5)	Ganesh	17	M	Son
(6)	Saurabh	16	M	Son

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

EPL Card (Attach Card Copy) मरीजी रिकॉर्ड का नॉन्स प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोगका कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

सहायता हेतु किये गये चिह्नों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
(1)	Diagnosis - RE PCLOL LE TMC
(2)	Surgery - LE SICS + IOL

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 (अवेदक द्वारा प्रेषण पर):

- 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 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 kind for which this assistance is requested.

- मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मैं दृढ़ता से सहायता को "कोशिका फाउन्डेशन" से ही प्राप्त करूँगा, उसका उपयोग उक्त उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में भरा गया है।
- मैं सुनिश्चित करता हूँ कि मैं किसी भी प्रकार से या भविष्य में कभी भी, उक्त उद्देश्य के लिये या उक्त उद्देश्य के अंश के लिये, किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले सकूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अवेदक द्वारा करार)

By affixing the signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/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 my 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.

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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अवेदक) अपनी सहायता के लिये दिये गये "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, उसे "कोशिका" एवम् न्यायी, श्रम, वाक्ता/या दूसरे उद्देश्य से मुझे जानकारी दे सकें और/या जानकारी को प्रसारित कर सकें। मैं सुनिश्चित करता हूँ कि मैं किसी भी प्रकार से या भविष्य में कभी भी, उक्त उद्देश्य के लिये या उक्त उद्देश्य के अंश के लिये, "कोशिका फाउन्डेशन" से न ले सकूँगा।
- मैं (अवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउन्डेशन" को उद्देश्य से प्रसारित करने के लिये इस्तेमाल किया जा सकता है। इस प्रपत्र पर मेरा हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अवेदक) कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायीयों को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउन्डेशन" के उद्देश्य से प्रसारित कर सकें।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

अवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप

सुरेशका

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

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 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.
- 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 यह घोषणा करने "कोशिका फाउन्डेशन" को वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- यदि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोग के लिये या उक्त उद्देश्य के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त उद्देश्य के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान होगी। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं प्रदान की जाती है तो हम सहायता किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस प्रपत्र में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता वित्तीय प्रकृत की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

"कोशिका फाउन्डेशन" से ले कर सहायता केवल वित्तीय प्रकृत की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा की गई सहायता या किये गये 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 इलाज प्रारंभ और जारी करने की सभी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

VIVEK RANA

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Admission Officer
Dr. Seema Goyal
(Name, Designation & Stamp of Hospital)

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

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख
06.02.2020

DR. SEEMA GOYAL
DMC
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डाक्टर का नाम व इलाका व पं. नं.

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरीक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यायी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायी हस्ताक्षर 2

Sufanyal

Seema