

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

In the spirit of love

APPLICATION NO. : आवेदन संख्या : C1022010407

APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 06.02.2020

NAME OF APPLICANT : आवेदक का नाम Grafur

AGE-YEARS आयु-वर्ष 63

SEX लिंग M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/कटुम्ब का नाम Saerif

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वास्तविक आवासीय पता

Vikas Nagar Road Village Mahmoodpur
Post Tahasildar Tehsil Bahal Distt.
Saharanpur Uttar Pradesh 247121

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE

Preop Postop
0407 Grafur

OCCUPATION व्यवसाय Labourer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय 66,000

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. स्वयं छाना 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 लगायें)Yes / No
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 सम्बन्ध
(1)	Nauma	60	F	Wife
(2)	Mosherud Alam	32	M	Son
(3)	Tofiq Ahmed	27	M	Son
(4)	Rukshakha	23	F	Daughters

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए विनती आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश के पीछे 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)	Diagnosic - RE IMSC LE IMSC
(2)	Surgery - RE 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 लगा गई सहायता राशि
(1)	SCEH	

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा घोषणा करें):

- 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.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एब कल्प अथवा पद्य प्रकृत है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो सहायता मुझे प्राप्त होगी, उसे केवल उद्देश्य के पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में भया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं अब तक किसी भी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न तो सहायता प्राप्त कर चुका हूँ और न ही भविष्य में करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार):

- 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/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 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.
- 1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने नाम/पता की छवि और "उद्देश्य" के विवरण का उपयोग करने के लिये कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टियों को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और ले विवरण इस प्रारूप में घोषित कर सकें। "कोशिका" एब पत्र, पत्रिका/वेबसाइट द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार पाठकों से सहायता करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" व नामी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कोशिका फाउन्डेशन के उद्देश्यों से प्रसारित करने के लिये कोशिका फाउन्डेशन का हकदार नहीं होगा। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसके ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप

Left self 

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:
- 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 & 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 मसूदा/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये मांगी जा रही है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निरस्त अधिकृत/सकत हेतु नसकती है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता मांगेगी या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि के अर्थ में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल वित्तीय मदद उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और सहायता सहायता या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।
 - "कोशिका फाउन्डेशन" से जो सहायता प्राप्त होगी, उसे केवल उद्देश्य के पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में भया गया है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" व नामी अधिकृत है। इस सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा उसके ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए मंजूरी

Date of Surgery अधिष्ठापन की तारीख 06.02.2020	 MOHD. RAMEEZ REZA DR. RAMEEZ REZA (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर सहित नं.	 VIVER RANA Administrator (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अंतर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामो हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामो हस्ताक्षर 2 
---	--