

SRE-C-19-12-0371

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	Koshika foundation Building blocks of life	
APPLICATION No आवेदन संख्या :	C10220/0439	APPLICATION DATE आवेदन तिथि	12-02-2020	
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम	Jubaida khatoon	AGE-YEARS जगु वर्ष	60	SEX लिंग F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/कटुण्य का नाम	Vakil Ansari ^o	PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता House No-12, Bhopura Jaidi Naya Bhopura Buxar, Bihar 802133		
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता As above				
OCCUPATION : व्यवसाय	House Maker	MARRIED (विवाहित) : UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय	60,000	(Attach Proof of income) (आय का दस्तावेज संलग्न) NA		
PAN No. स्थाई ज्ञाता संख्या	NA	ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (को मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)		
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)	Vakil Ansari	65	M	Husband
(2)	Md Salim	28	M	Son
(3)	Md Jamim	27	M	Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विधि 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 (उत्तर 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 किसे क्या निम्नी का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
(1)	Diagnosis - RE T.M.S.C LE PCTOL			
(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 ली गई सहायता राशि		
(1)	SCCH			



Preop Postop
0439 Jubaida
Khatoon

DECLARATION by APPLICANT (अर्शेदक द्वारा संघर्ष पत्र):

- 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 for which this assistance is requested.
- मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन अथवा सच सच है तो उसे सहायता मिलने की जा
- मेरे द्वारा जो सहायता "कोशिका फाउंडेशन", में जो का रही है, उसका उपयोग उक्त उद्देश्य को पूर्ण के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- मैं पुष्टि करता हूँ कि निम्न सहायता हेतु पर प्रार्थना को नहीं है, उक्त प्रार्थना का आशिक या एकल हिसाब किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूंगा

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेदक द्वारा करता):

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print/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 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.
- इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (अर्शेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके 'व्यक्तियों' को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् 'व्यक्तियों', वाच, पाठ्य/या दूरदर्शन से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सहायता से प्रचारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे इलाज के रहने या चार में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" में व्यक्तियों अधिकृत है।
- मैं (अर्शेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों में प्रसारित हैं पूर्ण स्तर: सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके व्यक्तियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

self ([Thumbprint])

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करता):

- 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
 - हमारा अधिकृत, इलाहाबादी को और से मामलों/रोगी को "कोशिका" फाउंडेशन से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) वित्त प्रस्ताव से चार या स्वीकारा करते हैं।
 - यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामलों में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विनोदित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनोदित आशिक/सकल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत या सरकारी संस्थान या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल निर्णय मदद उक्त रोगी/मामलों हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।
 - "कोशिका फाउंडेशन" से ही यह सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा जो गई सहायता या किये गए उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इलाज/हस्तगत में रोगी के इलाज सुरक्षा और अपने लाभ को सही विधि/धरती लेने एवं हस्पताल को सौंपे और "कोशिका" को कोई वित्तीय या वित्तीय/धरती इस मामलों में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
अपरेशन की तारीख
12.02.2020

Dr. Manali Rathod
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
हस्ताक्षर का नाम व इलाका व तारीख

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

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अन्तर्गत इस्तेमाल हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 (यसी हस्ताक्षर 1)	SIGNATURE of TRUSTEE 2 (यसी हस्ताक्षर 2)
[Signature]	[Signature]