

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

(Healthcare)
(स्वास्थ्य सहायता)

सहायता के लिए आवेदन पत्र



www.koshika.org
contact@koshika.org
Call: +91-11-4166429

APPLICATION NO. आवेदन क्र. संख्या	APPLICATION DATE. आवेदन की तिथि		
3/11A/1012	23/10/2019		
PATIENT'S NAME. रोगी का नाम	AGE (YEARS) उम्र (वर्षों में)	SEX लिंग	WEIGHT (KG) वजन (कि.ग्रा.)
Aashish Prayagat	9yr	M	25.5 Kg

NAME OF FATHER OR LEGAL GUARDIAN
पिता (या वैधानिक सहायता) का नाम

Vinod Prayagat

NAME OF MOTHER OR LEGAL GUARDIAN
माता (या वैधानिक सहायता) का नाम

Krishna Prayagat

PHONE NO. OF FATHER/MOTHER/LEGAL GUARDIAN फोन नं./माता/पिता या वैधानिक सहायता का नं./सं.	E-MAIL OF FATHER/MOTHER/LEGAL GUARDIAN ईमेल नं./माता/पिता या वैधानिक सहायता का ई.मेल
78 796 0174	N/A



PAN OF FATHER/MOTHER/LEGAL GUARDIAN पिता/माता/पिता या वैधानिक सहायता का PAN नं.	AADHAR NO. OF FATHER/MOTHER/LEGAL GUARDIAN माता/पिता या वैधानिक सहायता का आधार नं.	IDENTITY (संकेत)		Aadhar Card (tick -) जांचें करें () (संकेत)	Copy Attached (ती) संलग्न
N/A	3657 0054 4012	PAN Card (tick -) जांचें करें () (संकेत)	Copy Attached (ती) संलग्न	Parent's Birth Certificate (tick -) जांचें करें () (संकेत)	Copy Attached (ती) संलग्न
		Voter Card (tick -) जांचें करें () (संकेत)	Copy Attached (ती) संलग्न		

FATHER'S ANNUAL INCOME (IN) (पिता की वार्षिक आय)	FATHER'S OCCUPATION (पिता का व्यवसाय)	MOTHER'S ANNUAL INCOME (IN) (माता की वार्षिक आय)	MOTHER'S OCCUPATION (माता का व्यवसाय)
40,000 IN	Labour	N/A	Housewife

PRESENT ADDRESS (वर्तमान पता)	FAMILY DETAILS (जीवन का विवरण)
510 Vinod Prayagat, Jay Singh Road Colony, Moha Masjid, Dausa Khurd, Dausa Rajasthan - 303301	Vinod Prayagat (Father) Krishna Prayagat (Mother) Aashish Prayagat (Patient)

PERMANENT ADDRESS (स्थायी पता)

510 Vinod Prayagat, Jay Singh Road Colony, Moha Masjid, Dausa Khurd, Dausa Rajasthan - 303301

ECONOMIC STATUS (आर्थिक स्थिति)		Vehicle Owned (संकेत) (संकेत) (संकेत)		NO
Own House (tick -) (जांचें करें () (संकेत))	Yes/No (हाँ/नहीं)	Any loan (specify Amount & for what & from whom) (कोई ऋण (लिखें/लिखें कि और क्यों है कि))		
Total Family Income (IN) (जीवन की कुल आय) () (संकेत)	40,000 IN	BPL Card / EWS Certificate (tick -) (जांचें करें () (संकेत))	संकेत/संकेत (संकेत)	Attached (संलग्न)
Proof of Income (tick -) (जांचें करें () (संकेत))	Attached (संलग्न)	Any other (specify) (कोई अन्य (लिखें कि))		
IER Copy (tick -) (जांचें करें () (संकेत))	Attached (संलग्न)			

BRIEF MEDICAL HISTORY & INVESTIGATIONS DONE
 (Attach copies of investigations reports for
 ECHO, Echo, TMT and
 MS etc with the application form)
 (पत्र के साथ MS, ECHO, TMT
 आदि के रिपोर्ट जोड़ें)

DIAGNOSIS
 निदान

Abnormal Septal
 Defect

RECOMMENDED SURGERY/TREATMENT
 सिफारिश की गई चिकित्सा

ASD Surgical
 Closure

The patient was presented for
 final cardiology work up with statement
 of death and acute difficulty
 in breathing. After comprehensive
 evaluation Echo. The patient was
 identified as case of Abnormal Septal
 Defect. In view of the patient was
 forwarded to ECHO team for complete
 work up and for ASD Surgical
 Closure.

INVESTIGATION REPORTS ATTACHED
 (If any attached)
 MS (TMT) क्या है
 (- None attached)

**ESTIMATED COST OF
 SURGERY / TREATMENT**
 1,12,000 INR (अनुमानित लागत)
 1,12,000 INR

- ECHO
 - ECG

**SURGERY / TREATMENT TO BE
 CONDUCTED AT HOSPITAL**
 1000/1000 INR (अनुमानित लागत)
 1000/1000 INR

Money and medicines with
 Hospital stamps.

**SURGERY / TREATMENT TO BE
 CONDUCTED BY (DOCTOR)**
 डॉ. अखिल मथुरा

Dr. Akhil Mathur
 Sr. Consultant
 Cardiac Surgery

FINANCIAL ASSISTANCE FOR SURGERY / TREATMENT FROM OTHER SOURCES
 अन्य स्रोतों/संस्थानों के तहत अन्य स्रोतों से सहायता

Own funds स्वयं की राशि	20,000 INR	Employer रोजगार	- N/A -	Insurance बीमा	- N/A -
ED ETB (अन्य)	- N/A -	ETB ETB (अन्य)	- N/A -	Govt (specify agency & amount) सरकार (विभाग और राशि बताएं)	- N/A -

ASSISTANCE SANCTIONED / AVAILED FROM KOSHKA
 कोशिका फंडेशन से स्वीकृत / प्राप्त सहायता राशि

TOTAL AMOUNT OF ASSISTANCE SANCTIONED BY KOSHKA (INR) कोशिका द्वारा स्वीकृत की गई सहायता राशि (INR)	1,00,000 INR
AMOUNT PAYABLE BY KOSHKA TO WHICH AGENCY कोशिका द्वारा जारी की गई सहायता राशि को देना है	PARAYANA PRAMUHALAYA LIMITED

Please see overleaf for terms & conditions of Koshka's assistance
 कोशिका द्वारा दी जाने वाली सहायता के नियम और शर्तें कृपया इसमें जाने पर देखें

DECLARATION by APPLICANT or PARENT or LEGAL GUARDIAN (on behalf of PATIENT)

- 1) I have requested financial assistance from Koshika for treatment/surgery/medical intervention for Abhinav who is related to me as Father. (Further confirm that I am legally authorized to make this Declaration & below mentioned Agreement on behalf of the patient (beneficiary of financial assistance by Koshika Foundation))
- 2) 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.
- 3) 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.
- 4) 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 granted by Koshika.

अनुबंध द्वारा मैं उसकी तरफ से भरा-पिछा सह वैधानिक संरक्षण द्वारा फैलाता

1. मैंने द्वारा/सहोदर/वैधानिक संरक्षण के लिए, जो पिछले में मेरा/मेरी है, कोशिका फाउंडेशन से आर्थिक सहायता के लिए आवेदन किया है, मैं इस बात की भी पूरी पुष्टि करता/करती हूँ कि मैं रोगी की तरफ से सह-सोचना और सौभे लिखा अनुबंध करने के लिए वैधानिक रूप से प्राधिकृत हूँ।
2. मैं इसकी द्वारा यह पुष्टि करता/करती हूँ कि इस कार्य का सत्य विवरण मेरी पूरी जानकारी के अनुसार सत्य है। कोई भी असत्य कथन मेरी सहायता को खारिज कर देगा (यदि कोई है) को अस्वीकार/रद्द कर सकता है।
3. मैं सहायता प्राप्त करने की पुष्टि करता हूँ कि, यदि कोशिका फाउंडेशन से कोई सहायता मिलती है तो उसका उपयोग केवल उसी उद्देश्य के लिए किया जाएगा जिसका इस कार्य में उल्लेख है, और जिसके लिए मैंने सहायता की प्रार्थना की थी।
4. मैं इसकी द्वारा पुष्टि करता/करती हूँ कि कोशिका फाउंडेशन द्वारा दी गई सहायता यदि के लिए मैंने किसी अन्य स्रोत/विधेयता/योग्य कंपनी से, आर्थिक या पूर्ण रूप से, न तो कोई सहायता या पुनर्ग्रहण प्राप्त किया है और न ही संविधान में उल्लेख/उल्लेखित।

AGREEMENT by APPLICANT or PARENT or LEGAL GUARDIAN (on behalf of PATIENT)

- 1) I agree to arrange my own funds for any follow-up treatment, if so required.
- 2) By affixing my signature or thumb impression on this Form, (on behalf of the patient (beneficiary of grant by Koshika Foundation)), hereby agree and authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-up/reproduce the patient's 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, broadcasting mediums for Koshika Foundation and/or disseminating information about its activities/achievements. Such use of the patient's photo & details cannot be made by Koshika Foundation before or after the patient's treatment or fulfillment of the "purpose" for which assistance is requested/granted.
- 3) 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.
- 4) I agree not to hold Koshika Foundation & its Trustees responsible, in case of failure or treatment/death of patient, during or after the surgery/medical intervention.
- 5) The amount of financial assistance granted by Koshika Foundation, will be payable by Koshika, after conclusion of the treatment/surgery/medical intervention, directly to the hospital where the treatment procedure is carried out, against bills raised by the Hospital.

3. यदि आवश्यकता पड़ेगी है तो अनुबंधी इसके लिए मैं अपनी संपत्ति को सहायता करने को तैयार हूँ।
2. इस कार्य पर अपने हस्ताक्षर/अंगुली के निशान द्वारा मैं रोगी (कोशिका फाउंडेशन से अनुदान का लाभार्थी) की ओर से कोशिका फाउंडेशन तथा उसके संरक्षकों को अनुमति देता हूँ तथा स्वीकार करता हूँ कि वे रोगी के नाम, पते, पेशे तथा दी गई या अर्पित सहायता के उद्देश्य सह, कोशिका फाउंडेशन के लिए बात करने तथा/या इसकी उपलब्धता और गतिविधियों की सूचनाओं का प्रसार करने के लिए, ऑनलाइन, मुद्रित तथा इलेक्ट्रॉनिक माध्यमों की सहायता के द्वारा उपचार, प्रकाशन या प्रस्तुतिकरण कर सकते हैं।
3. मैं (आवेदक) इस बात की भी सहमत हूँ कि मैंने नाम, पते, पेशे तथा उक्त उद्देश्य के विवरण का उक्त सहायता को प्राप्त करने या जारी रखने का अधिकार नहीं है। सहायता को अस्वीकार करने तथा/या जारी रखने का अधिकार सिर्फ कोशिका फाउंडेशन के संरक्षकों को होगा, और इस विषय में उनका निर्णय अंतिम और अविरोध करने योग्य होगा।
4. मैं इस बात से पुष्टि करता हूँ कि इसका/सहोदर/वैधानिक संरक्षण का कार्य मैं इसका की विफलता या मृत्यु/रोगी की मृत्यु के लिए कोशिका फाउंडेशन तथा उसके संरक्षकों की जिम्मेदार नहीं रहता/रहती।
5. कोशिका फाउंडेशन द्वारा स्वीकृत आर्थिक सहायता, इलाज/सहोदर/वैधानिक संरक्षण के पूरा होने पर, सहायता द्वारा सहायता का किसी भी विवरण अति उक्त सहायता की ही जारी, जब तक सहायता प्राप्त है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आवेदक के हस्ताक्षर या बाएं अंगुली के निशान

Vinod (Father)

AGREEMENT by HOSPITAL / DOCTOR हॉस्पिटल/डॉक्टर द्वारा अनुमति

By affixing her/his/their signature of our Authorized Signatory for consideration of this consent form for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital / Doctor) hereby affirm & accept following:

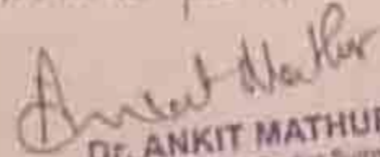
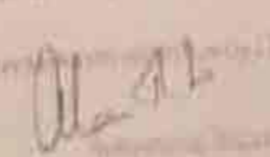
- 1) That we neither presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, in the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the said assistance is not granted by Koshika Foundation, in part or in full, then the 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/Doctor 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/Doctor 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. The Hospital/Doctor agrees to indemnify Koshika Foundation from any adverse outcome, quality claims & claims on account of medical negligence etc. in course of carrying out the treatment/surgery/medical intervention for which financial assistance is granted by Koshika Foundation.

बोडिका फाउंडेशन से आर्थिक सहायता को प्राप्त करने लिए इस वेब/फॉर्म के अनुमोदन द्वारा हमारे अधिकृत हस्ताक्षरकर्ता द्वारा नीचे उल्लेखित बातें कही हैं। इसके द्वारा हम निम्नलिखित की पुष्टि और स्वीकृति करते हैं :

- 1) कि अभी मेरी/हमारे के लिए जिसके लिए बोडिका फाउंडेशन से आर्थिक सहायता मांगी जा रही है और किसी अन्य से सहायता प्राप्त हुई है उस पात्र तक - जो हमने अतीत में किसी भी सरकारी संस्था या अन्य स्रोत से सहायता को है और न ही भविष्य में करेंगे। यदि मांगी गई सहायता, आर्थिक रूप से या पूर्ण रूप से बोडिका फाउंडेशन से प्राप्त नहीं होती है तो हमारा मत है कि अधिकतर धीरे धीरे यह काम पूरा नहीं रहने किताबें अन्य स्रोत से प्राप्त कर लें। या पूर्ण अतिरिक्तिक रूप से मांगी है कि हमारा उद्देश्य/उद्देश्य के लिए किसी भी स्रोत से दोहरा आर्थिक सहायता प्राप्त नहीं करेंगे।
- 2) बोडिका फाउंडेशन की सहायता का स्वरूप केवल आर्थिक है। हमारा मत है कि जो उपचार/चिकित्सा विधि अपनाई जाती है या जिसकी सहायता की जाती है या रोगी और उपचार के बीच का विषय है और किसी भी रूप में बोडिका फाउंडेशन द्वारा प्रभावित या प्रेरित नहीं है। इसलिए उपचार, उसके परिणाम, और रोगी को सुरक्षा का पूर्ण दायित्व हमारा है और इस विषय में बोडिका फाउंडेशन की कोई जिम्मेदारी या भूमिका नहीं होगी। बोडिका फाउंडेशन द्वारा जिसके लिए सहायता दी गई है, उस उपचार/सर्जरी/मेडिकल/वैद्यकीय उपचार के दौरान, किसी भी कारणों से उत्पन्न होने वाले, और विभिन्नतर प्रकार/प्रकारों के कारण होने/होसकने वाले के लिए हमारा/हमारे, बोडिका फाउंडेशन को क्षतिपूर्ति करने के लिए भी उत्तरदायी है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 01/11/2019	Dr. Ankit Mathur  DR. ANKIT MATHUR Senior Consultant Cardiac Surgery (Name of Dr. & Designation and Hospital Name) HOSPITAL NAME AND ADDRESS	Mr. Kamal K. Purohit  (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) हॉस्पिटल द्वारा अधिकृत अधिकारी का नाम, पद व मुहर
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION बोडिका फाउंडेशन से आर्थिक सहायता के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 1 पक्षी के हस्ताक्षर (1)	SIGNATURE of TRUSTEE 2 पक्षी के हस्ताक्षर (2)
