

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता के लिए आवेदन पत्र

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

www.koshika.org
contact@koshika.org
Call : +91-11- 41664297

APPLICATION NO.: आवेदन पत्र संख्या

J/0120/018

APPLICATION DATE: आवेदन की तिथि

9/01/2020

PATIENT'S NAME: रोगी का नाम

Sundera

AGE (YEARS)
आयु (वर्षों में)

14 yr

SEX
लिंग

Male

WEIGHT (KG)
भार (कि.ग्रा.)

NAME OF FATHER (or LEGAL GUARDIAN)
पिता (या वैधानिक संरक्षक) का नाम

Hemraj Soni

NAME OF MOTHER (or LEGAL GUARDIAN)
माँ (या वैधानिक संरक्षक) का नाम

Pajanti Devi

PHONE NO. OF FATHER/
MOTHER/LEGAL GUARDIAN
माता/पिता या वैधानिक संरक्षक
का फोन नं.

9001635655

E-MAIL OF FATHER/MOTHER/
LEGAL GUARDIAN
माता/पिता या वैधानिक संरक्षक
का ई-मेल

- N.A. -

PAN OF FATHER/
MOTHER/LEGAL GUARDIAN
माता/पिता या वैधानिक संरक्षक
का पैन नं.

- N.A. -

AADHAR NO. OF FATHER/
MOTHER/LEGAL GUARDIAN
माता/पिता या वैधानिक संरक्षक
का आधार नं.

925423688033



IDENTITY पहचान

PAN Card (tick ✓)
पैन कार्ड (✓ निशान)

Copy Attached
प्रति संलग्न

Aadhar Card (tick ✓)
आधार कार्ड (✓ निशान)

Copy Attached
प्रति संलग्न ✓

Voter Card (tick ✓)
मतदाता पत्र (✓ निशान)

Copy Attached
प्रति संलग्न

Patient's Birth
Certificate (tick ✓)
रोगी का जन्म प्रमाण
पत्र (✓ निशान)

Copy Attached
प्रति संलग्न ✓

FATHER'S ANNUAL INCOME (Rs)
पिता की वार्षिक आय

1,00,000 INR

FATHER'S OCCUPATION
पिता का व्यवसाय

Farmer & Construction
labourer

MOTHER'S ANNUAL INCOME (Rs)
माँ की वार्षिक आय

- N.A. -

MOTHER'S OCCUPATION
माँ का व्यवसाय

Housewife

PRESENT ADDRESS अभिभावक का पता

S/O Hemraj Soni banda, Atigarah
Tonk, Rajasthan 304023

FAMILY DETAILS परिवार का विस्तृत विवरण

Hemraj Soni (Father)

Pajanti Devi (Mother)

Sundera (Patient)

Pooja (Elder Sister)

Sumita (Younger Sister)

Kanu (Younger Sister)

PERMANENT ADDRESS स्थायी पता

S/O Hemraj Soni banda, Atigarah
Tonk, Rajasthan 304023

ECONOMIC STATUS आर्थिक स्थिति

Own House (tick ✓)
अपना घर (✓ निशान)

Yes / No
हाँ/नहीं

Vehicle Owned
(specify) अपना वाहन
(विवरण दे)

- N.A. -

Total Family Income (Rs)
परिवार की कुल आय
(✓ निशान)

1,00,000 INR

Any loan (specify Amount
& for what & from whom) कोई लोन (कितना/किस लिए
और कहां से लिया)

- N.A. -

Proof of Income (tick ✓)
आय का प्रमाण (✓ निशान)

Attached
संलग्न ✓

BPL Card /
EWS Certificate (tick ✓) बी.पी.एल./ई.डब्ल्यू.एस
प्रमाण पत्र (✓ निशान)

Attached
संलग्न

ITR Copy (tick ✓)
आयकर रिटर्न की प्रतिलिपि (✓ निशान)

Attached
संलग्न

Any other (specify) कोई अन्य (विवरण दे)

<p>BRIEF MEDICAL HISTORY & INVESTIGATIONS DONE (Attach copies of investigations reports like X-Ray, Echo, TMT etc)</p> <p>रोगी और उसकी जाँच का संक्षिप्त विवरण (एक्स-रे, ईको तथा टी.एम.टी. आदि जाँच की प्रतियाँ लगाएँ)</p> <p>The patient is diagnosed with Tetralogy of fallot. Large perimembranous VSD with aortic override. Small ostium secundum ASD (8mm) Severe pulmonary stenosis (tiny antegrade flow). Confluent and small branch PA's. Right arch. Dilated RA/RV with RVH. Central Shunt not visualized. Normal Ventricular function further patient was suggested for BT-Shunt surgery.</p>	<p>DIAGNOSIS निदान</p> <p>Tetralogy of fallot</p>	<p>RECOMMENDED SURGERY/TREATMENT अनुमोदित सर्जरी/इलाज</p> <p>BT-Shunt</p>	
<p>INVESTIGATION REPORTS ATTACHED (Tick attached) जाँच रिपोर्ट संलग्न है (/ निशान लगाएँ)</p>	<p>Echo ECG.</p>	<p>ESTIMATED COST OF SURGERY / TREATMENT सर्जरी/इलाज का अनुमानित व्यय</p> <p>1,70,000 INR</p> <p>SURGERY / TREATMENT TO BE CONDUCTED AT (HOSPITAL) सर्जरी/इलाज जिस हस्पताल में किया जाएगा</p> <p>Morayana Multispeciality Hospital, Jaipur</p> <p>SURGERY / TREATMENT TO BE CONDUCTED BY (DOCTOR) सर्जरी/इलाज करने वाले डॉक्टर का नाम</p> <p>Dr. C. P. Srivastava F10D Cardiac Surgery</p>	
<p>FINANCIAL ASSISTANCE FOR SURGERY / TREATMENT from OTHER SOURCES सर्जरी/इलाज के लिए अन्य स्रोतों से सहायता</p>			
<p>Own funds अपना पैसा</p>	<p>50,000 INR</p>	<p>Employer नियोक्ता</p> <p>- M.A -</p>	<p>Insurance बीमा</p> <p>- M.A -</p>
<p>ESI ई.एस.आई</p>	<p>- M.A -</p>	<p>ECHS ई.सी.एच.एस</p> <p>- M.A -</p>	<p>Govt. (specify agency & amount) सरकार (विभाग और राशि बताएँ)</p> <p>- M.A -</p>
<p>ASSISTANCE SANCTIONED / AVAILED FROM KOSHIKA कोशिका फाउंडेशन से स्वीकृत / प्राप्त सहायता राशि</p>			
<p>TOTAL AMOUNT OF ASSISTANCE SANCTIONED BY KOSHIKA (RS) कोशिका द्वारा स्वीकृत कुल सहायता राशि (₹)</p>	<p>1,20,000 INR</p>		
<p>AMOUNT PAYABLE BY KOSHIKA TO (WHICH AGENCY) कोशिका द्वारा राशि किस एजेंसी को देय है</p>	<p>Morayana Hrudayalaya, Limited.</p>		
<p>Please see overleaf for terms & conditions of Koshika's assistance कोशिका द्वारा दी जाने वाली सहायता के नियम और शर्तें कृपया दूसरे पन्ने पर देखें</p>			

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

- I have requested financial assistance from Koshika to treatment/surgery/medical intervention for Shikhardeep who is related to me as son. I 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).
- 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.
- 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 amount for which this assistance is granted by Koshika.

अवेद्यक द्वारा या उसकी तरफ से माता-पिता या वैधानिक संरक्षक द्वारा वैसा:

- मेरे इलाक/सहोदर/विधिकतौर पर उत्तरदायी के लिए, जो निम्न में देना/देती है, कोशिका फाउंडेशन से आर्थिक सहायता के लिए प्रार्थना की है, मैं इस बात की भी पूरी पुष्टि करता/करती हूँ कि मैं ऐसी ही तरफ से यह घोषणा और नीचे लिखा अनुभव करने के लिए वैधानिक रूप से अधिकृत हूँ।
- मैं इससे द्वारा यह पुष्टि करता/करती हूँ कि इस धर्म का उद्देश्य निम्न में पूरी जानकारी के अनुसार सत्य है। कोई भी असत्य कथन मेरे आवेदन पत्र और भी या नहीं सहायता (यदि कोई है) को अस्वीकार/रद्द कर सकता है।
- मैं सहायता पूर्णक पुष्टि करता हूँ कि, यदि कोशिका फाउंडेशन से कोई सहायता मिलती है तो उसका उपयोग केवल उरी प्रयोग के लिए किया जाएगा जिसका इस धर्म में उल्लेख है, और किसी और के लिए सहायता की प्रार्थना की थी।
- मैं इससे द्वारा पुष्टि करता/करती हूँ कि कोशिका फाउंडेशन द्वारा दी गई सहायता एजि के लिए मैंने किसी अन्य झोला/निवेश/बीमा कंपनी से, आर्थिक या पूर्ण रूप से, न ही कोई अदाकारी या मुआवजा प्राप्त किया है और न ही भविष्य में करवाया/कराया।

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

- I agree to arrange my own funds for any follow-up treatment, if so required.
- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I on behalf of the patient (beneficiary of grant by Koshika Foundation), hereby agree and authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/put-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, for soliciting donations for Koshika Foundation and/or disseminating information about it's activities/achievements. Such use of the patient's photo & details can be made by Koshika Foundation before or after the patient's treatment or fulfillment of the "purpose" for which assistance is requested/granted.
- 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.
- I agree not to hold Koshika Foundation & it's trustees responsible, in case of failure of treatment/death of patient, during or after the surgery/medical intervention.
- The amount of financial assistance granted by Koshika Foundation, will be payable by Koshika, after completion of the treatment/surgery/medical intervention, directly to the Hospital where the treatment/procedure is carried out, against bills raised by the Hospital.
- कोई असहमतता करती है कि अनुभवी इलाक के लिए मैं अपनी निधि को व्यवस्था करने की सहमत हूँ।
- इस बात पर अपने इलाक/अंगुठी के निधान द्वारा मैं ऐसी (कोशिका फाउंडेशन के अनुदान का लाभार्थी) की ओर से कोशिका फाउंडेशन तथा उससे न्यायिकी को सहायता देना हूँ तथा अधिकृत करता हूँ कि वे ऐसी के नाम, पते, फोटो तथा दी गई या आर्थिक सहायता के प्रयोग का, कोशिका फाउंडेशन के लिए दान मांगने तथा/या इसकी उपस्थिति में और परिचितियों की सुचनाओं का प्रसार करने के लिए, विधिक, मुद्रण तथा इलेक्ट्रॉनिक आदि किसी भी माध्यम के द्वारा उपयोग, प्रकाशन या प्रस्तुतिकरण कर सकते हैं।
- मैं (अवेद्यक) इस बात से भी सहमत हूँ कि मेरे नाम, पते, फोटो तथा उक्त प्रयोग के विवरण का उक्त सहायता को प्राप्त करने या जारी रखने का अस्वतंत्र नहीं बन जाएगा। सहायता की स्वीकृत करने तथा/या जारी रखने का अधिकार सिर्फ कोशिका फाउंडेशन के न्यायिकी का होगा, और इस विवरण में उनका निर्णय अंतिम और मेरे लिए बाध्य होगा।
- मैं इस बात के लिए सहमत हूँ कि इलाक/सहोदर/विधिकतौर पर उत्तरदायी या धर्म में इलाक की विफलता या मृत्यु/ऐसी की मृत्यु के लिए कोशिका फाउंडेशन तथा उससे न्यायिकी को जिम्मेदार नहीं ठहराया जाय।
- कोशिका फाउंडेशन द्वारा स्वीकृत आर्थिक सहायता, इलाक/सहोदर/विधिकतौर पर उत्तरदायी के पास होने पर, इलाक द्वारा बनाए गए किसी भी विवेकदारी से उक्त सहायता को भी वापसी, नहीं इलाक करवाया गया है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

अवेद्यक के इलाक या बाई अंगुठी का निधान

शिकार देवी (father)

AGREEMENT by HOSPITAL / DOCTOR हॉस्पिटल/डॉक्टर द्वारा अनुबंध

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for consideration of this case/patient 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, to 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 & its 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.

कोशिका फाउंडेशन से आर्थिक सहायता की प्राप्ति के लिए इस केस/रोगी के अनुमोदन स्वरूप हमारे प्राधिकृत हस्ताक्षरकर्ता द्वारा नीचे हस्ताक्षर किए गए हैं। इसके द्वारा हम निम्नांकित को पुष्ट और स्वीकृत करते हैं :

- १) कि उसी रोगी/केस के लिए जिसके लिए कोशिका फाउंडेशन से आर्थिक सहायता मांगी जा रही है और जितनी मात्रा में सहायता प्राप्त हुई है उस मात्रा तक न तो हमने वर्तमान में किसी गैर सरकारी संख्या या अन्य स्रोत से सहायता ली है और न ही भविष्य में लेंगे। यदि मांगी गई सहायता, आंशिक रूप में या पूर्ण रूप में कोशिका फाउंडेशन से प्राप्त नहीं होती है तो हस्पताल को यह अधिकार होगा कि वह कम पड़ गई राशि किसी अन्य स्रोत से प्राप्त कर ले। यह पुष्टि अनिवार्यतः यह कहती है कि हस्पताल उसी रोगी/केस के लिए किसी भी स्रोत से दोहरी आर्थिक सहायता प्राप्त नहीं करेगी।
- २) कोशिका फाउंडेशन की सहायता का स्वरूप केवल आर्थिक है। हस्पताल द्वारा रोगी के लिए जो इलाज/क्रिया विधि अपनाई जाती है या जिसकी सलाह दी जाती है वह रोगी और हस्पताल के बीच का विषय है और किसी भी रूप में कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रभावित या प्रेरित नहीं है। इसलिए उपचार, उसके परिणाम, और रोगी की सुरक्षा का पूरा दायित्व हस्पताल का होगा और इस विषय में कोशिका फाउंडेशन की कोई जिम्मेदारी या भूमिका नहीं होगी। कोशिका फाउंडेशन द्वारा जिसके लिए सहायता दी गई है, उस इलाज/सर्जरी/चिकित्सीय हस्तक्षेप के दौरान, किसी भी विपरीत परिणाम/गुणवत्ता विषयक दावा, और चिकित्सीय लापरवाही के कारण दावे/हरजाने आदि के लिए हस्पताल/डॉक्टर, कोशिका फाउंडेशन को सुरक्षित रखने के लिए भी सहमत है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख	Dr. C. P. Srivastava <i>Dr. C. P. Srivastava</i> M.S., M.Ch. FIACS Consultant and Head of the Department No. 13267 Hospital, JAIPUR	Mr. Kartvik Pama Kishnam Facility Director. <i>Kartvik Pama</i>
15/01/2020	(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम, हस्ताक्षर, पद व रजि० नं०	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हस्पताल द्वारा प्राधिकृत अधिकारी का नाम, पद व मुहर

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION कोशिका फाउंडेशन के आन्तरिक उपयोग के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी के हस्ताक्षर (1)	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी के हस्ताक्षर (2)
<i>Anwarulder</i>	<i>Kic 2B</i>