

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता के लिए आवेदन पत्र

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



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

APPLICATION NO. : आवेदन पत्र संख्या

APPLICATION DATE : आवेदन की तिथि

5/0620/001

15/06/2020

PATIENT'S NAME : रोगी का नाम

AGE (YEARS)
आयु (वर्षों में)

SEX
लिंग

WEIGHT (KG)
भार (कि.ग्र.)

Shivam

4 yrs

M

13.8 kg

NAME OF FATHER (or LEGAL GUARDIAN)

पिता (या वैधानिक संरक्षक) का नाम

Prasannjeet Kumar Das

NAME OF MOTHER (or LEGAL GUARDIAN)

माँ (या वैधानिक संरक्षक) का नाम

Fulki Das

PHONE NO. OF FATHER/
MOTHER/LEGAL GUARDIAN

माता/पिता या वैधानिक संरक्षक का फोन नं.

8000236987

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. C/F FATHER/
MOTHER/LEGAL GUARDIAN

फ्लड/फ्लिड या वैधानिक संरक्षक का आधार नं.

4490 2979 2500

FATHER'S ANNUAL INCOME (Rs)

पिता की वार्षिक आय

1,44,000 INR

FATHER'S OCCUPATION

पिता का व्यवसाय

E-Rickshaw Driver

IDENTITY प्रमाण

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 ✓

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 Prasannjeet Das, 11, Near Anaj Mandi, Cakhandpol bazar, Jalupurra Jaisalmer, Rajasthan 342001.

FAMILY DETAILS परिवार का विस्तृत विवरण

Prasannjeet Kumar (father)

Fulki Das (mother)

Shivam (patient)

PERMANENT ADDRESS स्थायी पता

S/O Prasannjeet Das, 11, Near Anaj Mandi, Cakhandpol bazar, Jalupurra, Jaisalmer Rajasthan 342001.

ECONOMIC STATUS आर्थिक स्थिति

Own House (tick ✓)
अपना घर (✓ निशान)

Yes/No
हाँ/नहीं

Vehicle Owned अपना वाहन (specify)
(विवरण दें)

- N.A -

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

1,44,000 INR

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

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 ✓)
अवकाश फिले की प्रती (✓ निशान)

Attached संलग्न

Any other (specify) कोई अन्य (विवरण दें)



<p>BRIEF MEDICAL HISTORY & INVESTIGATIONS DONE (Attach copies of Investigations reports like X-Ray, Echo, TMT etc)</p> <p>रोगी और उसकी बीमारी का संक्षिप्त विवरण (एक्स-रे, ईको तथा टी.एम.टी. जदि बीमारी की प्रतिक्रिया बताएँ)</p> <p>The patient is a known case of ASD. He was admitted for ASD device closure. ASD device closure was attempted, but due to clinical complications developed after procedure patient taken for ASD surgical closure.</p>	<p>DIAGNOSIS बिधा</p> <p>ASD Surgery</p>	<p>RECOMMENDED SURGERY/TREATMENT अनुमोदित सर्जरी/इलाज</p> <p>ASD Surgical closure</p>
<p>INVESTIGATION REPORTS ATTACHED (Tick attached) बीमारी रिपोर्ट संलग्न है (/ चिह्नान लगाएँ)</p>	<p>ESTIMATED COST OF SURGERY / TREATMENT सर्जरी/इलाज का अनुमानित व्यय</p> <p>1,20,000 INR</p>	
<p>ECHO ECG</p>	<p>SURGERY / TREATMENT TO BE CONDUCTED AT (HOSPITAL) सर्जरी/इलाज जिस हस्पताल में किया जाएगा</p>	
<p>Narayana Multispeciality Hospital Gurgaon</p>	<p>SURGERY / TREATMENT TO BE CONDUCTED BY (DOCTOR) सर्जरी/इलाज करने वाले डॉक्टर का नाम</p>	
<p>Dr. C.P. Srivastava</p>		

FINANCIAL ASSISTANCE FOR SURGERY / TREATMENT from OTHER SOURCES

सर्जरी/इलाज के लिए अन्य स्रोतों से सहायता

Own funds उपना पैसा	- NIL -	Employer नियोक्ता	- M.A -	Insurance बीमा	- M.A -
ESI ई.एस.आई	- M.A -	ECHS ई.सी.एस.एस	- M.A -	Govt. (specify agency & amount) सरकार (विभाग और राशि बताएँ)	- M.A -

ASSISTANCE SANCTIONED / AVAILED FROM KOSHIKA

कोशिका फाउंडेशन से स्वीकृत / प्राप्त सहायता राशि

TOTAL AMOUNT OF ASSISTANCE SANCTIONED BY KOSHIKA (RS) कोशिका द्वारा स्वीकृत कुल सहायता राशि (रु०)	1,20,000 INR
AMOUNT PAYABLE BY KOSHIKA TO (WHICH AGENCY) कोशिका द्वारा राशि किस एजेंसी को देय है	NARAYANA HRUDAYALAYA LIMITED.

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



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 dhivam who is related to me as son. I further confirm that I am legally authorised 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.

आवेदक द्वारा या उसकी तरफ से माता-पिता सा वैधानिक संरक्षक द्वारा फैंसला:

1. मैंने..... इलाज/सर्जरी/चिकित्सीय हस्तक्षेप के लिए, जो रिश्ते में मेरा/मेरी..... है, कोशिका फाउंडेशन से आर्थिक सहायता के लिए प्रार्थना की है, मैं इस बात की भी पूरी पुष्टि करता/करती हूँ कि मैं रोगी की तरफ से यह घोषणा और नीचे लिखा अनुबंध करने के लिए वैधानिक रूप से प्राधिकृत हूँ।
2. मैं इसके द्वारा यह पुष्टि करता/करती हूँ कि इस फार्म का सारा विवरण मेरी पूरी जानकारी के अनुसार सत्य है। कोई भी असत्य कथन मेरे आवेदन पत्र और वी जा रही सहायता (यदि कोई है) को अस्वीकृत/रद्द करा सकती है।
3. मैं सत्यता पूर्वक पुष्टि करता हूँ कि, यदि कोशिका फाउंडेशन से कोई सहायता मिलती है तो उसका उपयोग केवल उसी प्रयोजन के लिए किया जाएगा जिसका इस फार्म में उल्लेख है, और जिसके लिए मैंने सहायता की प्रार्थना की थी।
4. मैं इसके द्वारा पुष्टि करता/करती हूँ कि कोशिका फाउंडेशन द्वारा दी गई सहायता राशि के लिए मैंने किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से, आंशिक या पूर्ण रूप में, न तो कोई अदायगी या भुगतान प्राप्त किया है और न ही भविष्य में करूँगा/करूँगी।

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, I on behalf of the patient (beneficiary of grant by Koshika Foundation), hereby agree and authorise 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
- 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 & it's trustees responsible, in case of failure of 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 completion of the treatment/surgery/medical intervention, directly to the Hospital where the treatment/procedure is carried out, against bills raised by the Hospital.
6. यदि आवश्यकता पड़ती है तो अनुवर्ती इलाज के लिए मैं अपनी निधि की व्यवस्था करने को सहमत हूँ।
7. इस कार्य पर अपने हस्ताक्षर/अंगूठे के निशान द्वारा मैं रोगी (कोशिका फाउंडेशन के अनुदान का लाभार्थी) की ओर से कोशिका फाउंडेशन तथा उसके न्ययस्थियों को सहमति देता हूँ तथा प्राधिकृत करता हूँ कि वे रोगी के नाम, पते, फोटो तथा वी गई या प्रार्थित सहायता के प्रयोजन का, कोशिका फाउंडेशन के लिए दान मांगने तथा/या इसकी उपलब्धियों और गतिविधियों की सूचनाओं का प्रचार करने के लिए, मौखिक, मुद्रण तथा इलेक्ट्रॉनिक आदि किसी भी माध्यम के द्वारा उपयोग, प्रकाशन या प्रस्तुतिकरण कर सकते हैं।
8. मैं (आवेदक) इस बात से भी सहमत हूँ कि मेरे नाम, पते, फोटो तथा उस प्रयोजन के विवरण का उस सहायता को प्राप्त करने या जारी रखने का हकदार नहीं बन जाऊंगा। सहायता की स्वीकृत करने तथा/या जारी रखने का अधिकार सिर्फ कोशिका फाउंडेशन के न्यायियों का होगा, और इस विषय में उनका निर्णय अंतिम और मेरे लिए मान्य होगा
9. मैं इस बात के लिए सहमत हूँ कि इलाज/सर्जरी/चिकित्सीय हस्तक्षेप या बाद में इलाज की विफलता या चूक/रोगी की मृत्यु के लिए कोशिका फाउंडेशन तथा उसके न्यायियों को जिम्मेदार नहीं ठहराऊंगा।
10. कोशिका फाउंडेशन द्वारा स्वीकृत आर्थिक सहायता, इलाज/सर्जरी/चिकित्सीय हस्तक्षेप के पूरा होने पर, हस्पताल द्वारा बनाए गए बिलों के विरुद्ध सीधे उस हस्पताल को दी जाएगी, जहाँ इलाज कराया गया है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या बाएँ अंगूठे का निशान

Accept
8000236987 (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:


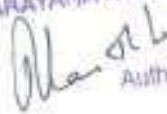
- 1) That we neither presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the said assistance is not granted by Koshika Foundation, in part or in full, then the Hospital reserves it's 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.

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 संस्था 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 पड़े गई राशि किसी अन्य स्रोत से प्राप्त कर ले। यह पुष्टि अतिव्यक्त: 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  Dr. C. P. Srivastava M.S. M.Ch Surgeon and Head of Department 13257 13773 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम, हस्ताक्षर, मुहर व रेजि. नं०	192. Kasthik Ramakrishnam (Facility Director) For NARAYANA HOLIDAYALAYA LTD.  Authorized Signatory (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)
	