

C 7107/0097

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

V/0717/0179

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

16/07/17

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Ramsharan

AGE-YEARS आयु-वर्ष

45

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

Babulal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता

Sharanji Madangarhi Bikaner, Up. 202223

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवास पता

Same as above



PASTE PHOTO HERE

Preop Postop

(0179) Ramsharan

OCCUPATION:

व्यवसाय

- Labour

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

- 24000

(Attach Proof of Income)

(आय का सबूत संलग्न) NA

PAN No. स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगावे)

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	Prerna	42	F	Daughter
2	Mohan	41	M	Son
3	Radha	20	F	Sister

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनिर्दिष्ट आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) सत्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये निम्नी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जाएँ की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE - IMSC
	LE - IMSC
	Surgery - SICS with IOL (RE)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED तो गई सहायता राशि
1	SLEH	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 1) 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.
- 2) 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.
- 3) 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 cost for which this assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस फ़ॉर्म में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विकृत सत्य वाचन अथवा कथन गलत साबित हो तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसे केवल उसी उद्देश्य के पूर्णतः उपयोग के लिए ही प्रयोग किया जाएगा। जो उद्देश्य इस फ़ॉर्म में घोषित है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु यह उद्देश्य नहीं रख रहा हूँ, कि मैं इस उद्देश्य का अंशिक या पूर्णतः भुगतान किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/बीमा कंपनी से या तो किया है और या ही भविष्य में करूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/put-up/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 it's activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfilment of the "purpose" for which assistance is being requested.
- 2) 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 फ़ॉर्म पर अपनी हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहायता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन" और उसके ट्रस्टीयों को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस फ़ॉर्म में घोषित हैं, इसे "कोशिका" द्वारा मुझे मिलने वाली, सहायता/सुविधा हेतु उद्देश्य से मुझे घोषित/प्रकाशित करने के लिए किसी भी माध्यम, जिसमें कि लिखित, मुद्रित, इलेक्ट्रॉनिक, वगैरह शामिल हैं, के माध्यम से प्रसारित किया जा सके। इस प्रकार की प्रकाशित/प्रसारण मेरी सहायता के उद्देश्य के पूर्णतः उपयोग के लिए ही प्रयोग किया जाएगा। जो उद्देश्य इस फ़ॉर्म में घोषित है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित/प्रसारित हैं, मुझे सहायता प्राप्त करने के लिए स्वतंत्रता नहीं देता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा अपने ट्रस्टीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या बायाँ हाथ की छाप



Ram Suram

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:
- 1) 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 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 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 this matter.
- हमने अधिकृत, हस्ताक्षर की और से मामले/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि हम या हमारे पास या भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता स्रोत या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले में लेने का सोच नहीं है, बल्कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/प्रस्तावित उक्त रोगी/मामले में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अंशिक/पूर्ण हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हमस्पताल किसी अन्य स्रोत सहायता स्रोत या किसी अन्य सहायता स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि के साथ कहा जाता है कि हमस्पताल विशेष रूप से उक्त रोगी/मामले हेतु किसी भी सहायता स्रोत या किसी अन्य सहायता स्रोत से नहीं लेना/लेना।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही यह सहायता वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हमस्पताल द्वारा रोगी का सहायता का निर्णय केवल रोगी/मामले का चिकित्सा/उपचार का चुनाव करने एवं हस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिए हमस्पताल में रोगी के सहायता प्राप्त और अपने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हमस्पताल की होती हैं और "कोशिका" को कोई दखल या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

12/07/17

Dr. Ashwini Kumar
MBBS, MS, FICO
Reg. No. 6602

(Name of Dr. & Reg. No. With Stamp)
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of the Hospital)
रोगी व रोगी हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

यहाँ पर हस्ताक्षर करें

SIGNATURE of TRUSTEE 2

यहाँ पर हस्ताक्षर करें