

C17/07/0112

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या : १०७७/०१८६		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि १७/०७/१७	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम Nekasi		AGE-YEARS आयु-वर्ष 70	SEX लिंग F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/पत्नी का नाम w/o - Gajjan Singh			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता Rahihai, Beethon, Aligarh, UP. 202123			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता Same as above			



PASTE PHOTO HERE

Preop Postop

(0186) Nekasi

OCCUPATION : व्यवसाय	House wife
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय	NA
(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न) NA	
PAN No. रखाई 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 लगाएं)	Yes / No हां / 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 -	Yashraj	48	M	Son
2 -	Mejaram	45	M	Son
3 -	Gajjan Singh	73	M	Husband

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:	
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE - FMS C
	LE - PP
	Surgery - Sics with FOL (RE)

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 तो गई सहायता राशी
1	SCFH	

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा पंजीकृत)

- 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 the amount for which this assistance is requested.
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कारण असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माँगा गया है।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रस्ताव नहीं दिया है, जिससे कि मैं अन्य प्रोडक्ट/एम्प्लॉयर/बीमा कंपनी से न तो मदद ले सकूँ और न ही भविष्य में सकूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा पंजीकृत)

- By affixing my signature (or thumb impression) on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके त्रुस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रयोग करें, जैसे "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा माँगा गया है, और मेरा पता, पता, फोटो और विवरण के माध्यम से अन्य लोगों को मदद के लिए प्रेरित करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" का उपयोग कर सकें।
- मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रयोग किए जा सकते हैं, सहायता का हस्तांतरण नहीं कर सकते। इस सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा त्रुस्टी निर्धारित की गई नीति और शर्तों का पालन होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप

Nishi

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा पंजीकृत)

- 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.

- हमने यहाँ घोषणा करती हैं कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से अपने व स्वीकार करते हैं:
- यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता किसी भी रोगी के सम्बंध में माँगा जा रहा है, जब तक कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता नहीं माँगी है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा माँगा गया वित्तीय सहायता नहीं मिलता है, तो हमें अपने वित्तीय अभाव को पूरा करने के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि से स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता केवल वित्तीय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा माँगा गया वित्तीय सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। ऐसी पर हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या बिना किसी अन्य स्रोत के सहायता के बिना ही सहायता दी जा सकती है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को हस्तगत करना और जाने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ ऐसी हस्पताल की होती हैं और "कोशिका फाउंडेशन" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

18/07/17

Dr. Ashwini Kumar
MBBS, MS, FICO
Reg. No. 12345

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप

[Signature]

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



FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आवेदक द्वारा पंजीकृत)

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2