

Uthmaniyah 32

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

V/0717/0199

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

18/07/17

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Mahendra.

AGE-YEARS उम्र-वर्ष

75

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

Hukamsingh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

H.No-669, Vill-Dhantoli, Teh-Eglas, Distt-Aligarh
Up. 202001

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION :

व्यवसाय

NA

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

- NA

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न) NA

PAN No. रवायि 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	Mohan	50	M	son
2	Ramesh	48	M	son
3	Ramgari	72	F	Wife

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनोद 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 विनोद का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से पट्टी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE - IMSC
	LE - IMSC
	Surgery - Sica with Pol (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 ती गई सहायता राशि
1	SCFH	



PASTE PHOTO HERE

Preop Postop

(0199) Mahendra

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा घोषणा करें)

- 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 amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिए गए सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग इसी उद्देश्य के पूर्ण से लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माग गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि इस सहायता हेतु मैं भविष्य में भी, इस धर्म का अधिक या समकाल कितनी अन्य प्रोड/निर्धोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक 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/post-up/produce 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 fulfillment 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 is this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रकार मैं अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी सहमति को प्रकट करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार से प्रकाशित करें, जैसे "कोशिका" दूरदर्शन, पत्र, मासिक/वार्षिक दूरदर्शन से जुड़ी प्रतिनिधित्व और प्रत्यक्षितों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत हैं। मैं इस प्रकार विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से मदद अधिकृत हूँ।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित हैं, मुझे स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" दूरदर्शन उसके भरोदारों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक के हस्ताक्षर या बाएं अंगूठे का निशान

 अश्विनी

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

- By affixing hereunder, signature of our Authorized 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 the matter.

- हमारे अतिथि, रोगरोगी को और से सहायते/दोष को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं:
- 1) यह कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगरोगी के इलाज के लिए किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करेंगे, क्योंकि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता प्राप्त करने के लिए अनुरोध किया गया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा माग सहायता पूर्णतः नहीं दी जाती है, तो हमें अपने अधिकारों का उपयोग करने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट किया जाता है कि अन्यथा वित्तीय मदद प्राप्त करने के लिए रोगरोगी को किसी अन्य स्रोत से मदद लेनी होगी।
 - 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्राप्त की जाएगी, वह केवल वित्तीय होगी। रोगी पर इलाज का निर्णय रोगी और हस्पताल के बीच होगा। इससे हस्पताल में रोगी के इलाज का गुण और अन्य बातों को ध्यान में रखते हुए रोगी को सही और "कोशिका" को कोई भी वित्तीय या अन्य दायित्व नहीं होगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृति के लिए घोषणा

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 20/07/17	Dr. Ashwini Kumar MBBS MS FICO Reg. No. 68028 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर के साथ डॉ. के हस्ताक्षर व छाप	(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) रोगी पर इलाज करने वाले अधिकारी
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 प्राथमिक भरोदार	SIGNATURE of TRUSTEE 2 प्राथमिक भरोदार 2
---	---