

C.1873/8/17

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

(Healthcare)

(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)

(सहायता हेतु आवेदन)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

E-1812/132

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

30/8/17

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Asgari

AGE-YEARS उम्र-वर्ष

50

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

Harif

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता

Village - Kathawara

Hesil - Bannul

District - Baghpat

Uttar Pradesh

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

- ch above -



Preop

132

Postop

Asgari

OCCUPATION :

व्यवसाय

Labour

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

40,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

NA

PAN No. संख्या/संख्या संख्या

NA

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

क्या आप आय का दाता हैं (जो मध्य हो उसे या नहीं का चिह्न लगाएं)

Yes / No

ह / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से संबंध
1.	Asif	30	M	SON
2.	Noor	25	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए निम्न आधार

BPL Card (Attach Card Copy) एनडीएस कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे करने विचारों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रसिद्धि सूची संलग्न
1.	Diagnostic Re - IMSC IE - IMSC
2.	Surgery IE - STCS + TOR

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से लिया एक हो?

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

DECLARATION by APPLICANT: (अर्पक 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, if any, 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 प्रारूप में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं सत्यता गलत साबित होती है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो मदद मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु या भविष्य की नहीं है, इस रकम का अधिकतम या प्रत्येक हिस्सा किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पक द्वारा करार)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 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.

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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्पक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके त्रुस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रेषित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रसारित, प्रसारण करने के लिए उपयोग करने के लिए अधिकृत है। इस प्रकार का विवरण को प्रकाशित करने या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत है।

2) मैं (अर्पक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्पष्ट: सहायता का इस्तेमाल नहीं किया जाएगा। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसके अधिकारों का विवरण अधिकृत और सहायकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

अर्पक के हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप

**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 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 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.

हमारा अधिकृत, इसावधारी की ओर से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे इस (हस्पताल) द्वारा प्रस्ताव से मान्यता दी जा सकती है।

1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी सहायता हेतु सिफारिश करने या किसी अन्य स्रोत से उसका पूरा भरण-पोषण ले लेने का संकोच है, यदि कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/प्रस्तावित उससे सहायता में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदाय हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता सिफारिश/अनुमति हेतु स्वीकृत नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल पूर्णतः स्वयं उस उद्देश्य हेतु किसी भी सहायता संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो मदद सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज इस रोगी की पूर्ण आवश्यकताओं का पूर्णतः पूर्ण एवं इलाज के योग्य का विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए इलाज में रोगी के इलाज सुझाव और अन्य करने की सभी जिम्मेदारी रोगी एवं इलाज की होती और "कोशिका" को कोई प्रतिकार या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

31/8/17

DR. WANGCHUK DOMA

(Name of Dr. & Reg. No. With Stamp)
VENUEYE INSTITUTE & RESEARCH CENTRE
1/31, Shakti Nagar Institutional Area,
New Delhi - 110017

DR. ABHINAV K. DAGAR

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on Behalf of Hospital)

1/31, Shakti Nagar Institutional Area,
New Delhi - 110017

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

Reg. No. - 51023

अर्पक द्वारा
Registration No. : OMC-17300

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नामो हस्ताक्षर 1

Safaryal

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामो हस्ताक्षर 2

Safaryal