

C. 187218/17

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

F/0817/146

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

30/8/17

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Rajuddin

AGE-YEARS आयु-वर्ष

35

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

Shabbir

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

Village- Rathoda

Tehsil- Baraut

District

- Baghpat

Upper Pradesh

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी निवास पता

- as above -

Preop
146Postop
Rajuddin

OCCUPATION:

व्यवसाय

labour

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

45,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. आय का स्रोत संख्या

NA

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

आम आय आय कर चुका है (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

Yes (हाँ)

No (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.	Sagar	10	M	SON
2.	Anas	6	M	SON
3.	Shajia	5	F	Daughter
4.	Muskan	3	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये किसी आधार

SPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश की नकल प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कतई प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कतई प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की कतई प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे मने किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रोगमहान/दवाइयाँ से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	Diagnosis- RE- IMSC LE- IMSC
2.	Surgery- RE- STCS + JAC

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य से हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिए गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED और यह प्राप्तियां थीं
1.	Venu	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा पर:

- 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं प्रमाणित पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इससे घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह आवेदन किया जा रहा है, उस पर किसी भी प्रकार का प्रतिफल या वापस भुगतान किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से नहीं किया जा रहा है और न ही भविष्य में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा सहमत)

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 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा, पत्र, वाचस्पद, दूरदर्शन के माध्यम से या किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। इस प्रकार का विवरण मेरी हस्तक्षेप के बिना या मेरे जाने के बिना "कोशिका फाउन्डेशन" के न्यासी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य के अंतर्गत है मुझे सहायता का हक्क नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उक्त न्यासीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा सहमत)**

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 the matter.

इससे अधिकृत, हमारा यहाँ जो हस्ताक्षर/छाप की "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, इससे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं:

- 1) यह कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या लेंगे, जब तक कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता/सिफारिश उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान नही की जाती है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता मिलने/अधिकृत/सहायता हेतु सन्तुष्ट नहीं किया जाता है तो हमारा विचार और न ही सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता वित्तिय सहायता उक्त रोगी/रोगी के हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेने/लेनी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तिय सहायता की है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या बिना ली गई सहायता/प्रक्रिया या उपचार रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के हस्तक्षेप/उपचार और जाने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल की होंगी और "कोशिका" की कोई भी भूमिका या जिम्मेदारियाँ इस सम्बंध में नहीं होंगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery

ऑपरेशन की तारीख

31/8/17

DR. WANGCHUK OOMA

Signature of Dr. & Reg. No. with Stamp
VENKAT RAO & RESEARCH CENTRE
1/31, Sheikh Saran Industrial Area,
Phase II, New Delhi - 110017
Phone No. : 261023

DR. ABHISHEK B. DAGAR

MS & Joint Director

Valid Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital

1/31, Sheikh Saran Industrial Area,
Phase II, New Delhi - 110017
Registration No. : DMC-17300

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

जानकारी के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2