

4/10/2017

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika  
foundation  
Building block of life

APPLICATION No.:  
आवेदन संख्या:

4/0817/0237

APPLICATION DATE:  
आवेदन तिथि

04/08/17

NAME of APPLICANT:  
आवेदक का नाम

Mumtaj Khan

AGE-YEARS आयु-वर्ष

60

SEX लिंग

M

FATHER/SPOUSE'S NAME:  
पिता/सहोदर का नाम

5/0- Mohammed Khan

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Vill- Kankauli, Po- Kankauli, Distt- Hathras  
14. 28/306

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

Same as above



Pre op Post op  
(237) Mumtaj Khan

OCCUPATION:  
व्यवसाय

Farmer

TOTAL ANNUAL INCOME:  
कुल वार्षिक आय

19000/-

(Attach Proof of Income)  
(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

NA

PAN No. पान संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का निशान लगाएं)

Yes / No  
हां / नहीं

✓

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ सम्बन्ध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-------------------------------------------------|
| 1                      | Mumtaj Khan                                       | 55                         | F              | Wife                                            |
| 2                      | Karan                                             | 22                         | M              | Son                                             |
| 3                      | Safik                                             | 18                         | M              | Son                                             |
| 4                      | Amir                                              | 17                         | M              | Son                                             |
| 5                      | Sultan                                            | 14                         | M              | Son                                             |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
सहायता के लिए किसी आधार

|                                                                                                            |                                                                                                                  |                                                                                         |                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>आय आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोग्य कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई प्रमाण |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न |
|------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                        | KE - EMSL                                                                                      |
|                        | LE - EMSL                                                                                      |
|                        | Surgery - Sica with Tol (LE)                                                                   |
|                        |                                                                                                |
|                        |                                                                                                |
|                        |                                                                                                |

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.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>और गई सहायता राशि |
|------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 1                      | SCCH                                      |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |

**DECLARATION by APPLICANT: (अर्शिका फाउंडेशन 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 यहाँ पर यह घोषणा कर रहा हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी आवेदन पत्र को खारिज कर दिया जा सकता है।
- 2) मैं यहाँ पर यह घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से यदि कोई सहायता मिलेगी, तो मैं उसे केवल उसी उद्देश्य के पूर्ण करने के लिए ही प्रयोग करूँगा, जो इस फॉर्म में मांग किया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर यह घोषणा कर रहा हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या उसके किसी हिस्से के लिए भविष्य में किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से पैसे नहीं लूँगा। और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (अर्शिका फाउंडेशन):**

- 1) 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.
- 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 फॉर्म पर मेरी हस्ताक्षर या बायाँ हाथ की छाप लगाकर, मैं (अर्शिका) यहाँ पर स्वीकार करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" और उसके ट्रस्टियों को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस फॉर्म में प्रसारित करें, जो "कोशिका" द्वारा, प्रकाशित, मुद्रित, इलेक्ट्रॉनिक या अन्य किसी भी माध्यम से किया जा सकता है, जिससे कोशिका फाउंडेशन को धन की मदद के लिए जानकारी दी जा सके।
- 2) मैं (अर्शिका) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कोशिका फाउंडेशन के ट्रस्टियों के द्वारा ही प्रसारित किया जा सकेगा। इस मामले में "कोशिका" द्वारा उनके ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:**

अर्शिका के हस्ताक्षर या बायाँ हाथ की छाप



**AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा स्वीकृति):**

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.

हम यहाँ पर स्वीकार करते हैं कि हम (हॉस्पिटल) किसी अन्य स्रोत से वही रोगी के लिए वित्तीय सहायता नहीं लेंगे, जो हमें कोशिका फाउंडेशन से प्राप्त करने के लिए मांग रहा है।

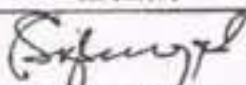
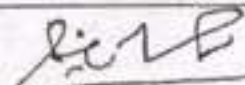
- 1) यह कि न तो हम (हॉस्पिटल) और न ही भविष्य में किसी अन्य स्रोत से वही रोगी के लिए वित्तीय सहायता नहीं लेंगे, जो हमें कोशिका फाउंडेशन से प्राप्त करने के लिए मांग रहा है। यदि कोशिका फाउंडेशन द्वारा मांगी गई सहायता पूरी नहीं मिलती है, तो हमें अपने अभाव को पूरा करने के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दस्तावेज़ के माध्यम से हम स्वीकार करते हैं कि कोशिका फाउंडेशन केवल वित्तीय सहायता प्रदान करेगा और रोगी के उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी, डॉक्टर और हॉस्पिटल के बीच का निर्णय है और कोशिका फाउंडेशन द्वारा किसी भी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हॉस्पिटल में रोगी के उपचार सुरक्षा और अन्य चीजों की सभी जिम्मेदारियाँ पूरी रूप से हॉस्पिटल की होंगी और कोशिका को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संशुद्धि

|                                                             |                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Date of Surgery<br/>ऑपरेशन की तारीख</p> <p>05/08/017</p> | <p><br/><b>Dr. Ashwini Kumar</b><br/>MBBS MS FICO<br/>Reg. No. 66028<br/>(Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp)<br/>डॉक्टर का नाम व इलाहाबाद, उ.</p> | <p><br/>(Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)<br/>हम व पर हॉस्पिटल अधिकृत अधिकारी</p> <p></p> |
|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अन्तरिक उपयोग हेतु)**

|                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>SIGNATURE of TRUSTEE 1<br/>न्यासी हस्ताक्षर 1</p> <p></p> | <p>SIGNATURE of TRUSTEE 2<br/>न्यासी हस्ताक्षर 2</p> <p></p> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|