

C17/08/0128

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: आवेदन संख्या: 4/0817/0301

APPLICATION DATE: आवेदन तिथि 21/08/017

NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम Ganga Prasad

AGE-YEARS आयु-वर्ष 73 SEX लिंग M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/हस्ता का नाम Ram Singh Gautam



Prasad Postop
(0301) Ganga Prasad

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता H.no - 1938, Gopalika - 40, Sanjay Colony Sector 23, Faridabad Haryana - 121005

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता Same as above

OCCUPATION: व्यवसाय NA

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय NA

(Attach Proof of Income)
(आय का प्रमाण संलग्न करें) NA

PAN No. आय का खाता संख्या

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

Yes / No हाँ / 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 संबंध
1	Sheela Devi	late	F	Wife
2	Uday Kumar	35	M	Son
3	Hemant	31	M	Son
4	Umesh	28	M	Son
5	Harvish Kumar	25	F	Daughter

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

BPL Card
(Attach Card Copy)
सबसे गरीबों के बीच प्रमाण पत्र
(प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)

EWS Certificate
(Attach Certificate Copy)
आय और वर्ग प्रमाण पत्र
(प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)

Ration Card
(Attach Copy)
उपभोग्य कार्ड
(प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)

Any Other Basis/Proof
अन्य कोई प्रमाण

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे क्या चिकित्सा की आवश्यकता है:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE - T.M.S.C.
	IG - T.M.S.C.
	Surgery - Sinc with S.O.L. (LF)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त क्या हो?

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा करना:

- 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 फॉर्म में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से मिली जा रही है, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों के लिए किया जाएगा, जो इस फॉर्म में मांग गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में इस धनराशि को नहीं, उस धनराशि का अधिकतम या समस्त विवरण किसी अन्य प्रोपर्टी/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न ले सकूँगा और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक 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/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 अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) आवेदकता की प्रतिलिपि को प्रकाशित करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन और उसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस फॉर्म में प्रकाशित करें, इसे "कोशिका" द्वारा, कभी-कभी दूर दूरस्थ से कृत गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। ये फॉर्म का विवरण मेरे फॉर्म के पालने या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से जारी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण मेरे फॉर्म के प्रकाशित होने से स्वतः स्वयंसेवकता का अधिकार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उचित निर्णयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

[Signature]

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मांगते-प्राप्त की "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु विवरण को जारी है, जिसे हम (हॉस्पिटल) विवरण के माध्यम से सहायता करने हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता माध्यम या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त की जाएगी, जब तक कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त न हो सके। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें सहायता प्राप्त करने के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रक्रिया में स्पष्ट है कि सहायता केवल वित्तीय सहायता हेतु है।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से मिली सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमारे और हॉस्पिटल द्वारा ही यह सहायता मांगी गई है। इसलिए हॉस्पिटल में हमारे द्वारा सहायता और अन्य बातों की सभी जिम्मेदारियाँ हमारे द्वारा हॉस्पिटल को होती हैं और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संमत

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

22/08/12

(Name of Dr. & Regt. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम और इलाका नंबर

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

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

भरोसेदार 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

भरोसेदार 2

[Signature]

[Signature]