

C17/07/0167

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

V/0917/0349

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

12/09/017

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Hamid Khan

AGE-YEARS आयु-वर्ष

65

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पति का नाम

Chhoten Khan

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Wali Laharawli, Tehsil-Hathras, Dist-Maharashtra
Mahanagar, 12/09/01

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता

Same as above



PHOTO HERE

Preop Postop

(0349) Hamid Khan

OCCUPATION :

व्यवसाय

Shop keeper

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

20000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न) NA

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

क्या आप आय कर पत्र हैं (जो सत्य 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	Sultana	53	F	Wife
2	Rohan	22	M	Son
3	Anwar	21	M	Son
4	Naim	23	M	Son
5	Kiwana	20	F	Daughter
6	Meena	18	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये निम्नलिखित आधार

DPL Card (Attach Card Copy) महोदय रेशन कार्ड के प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें)	EW's Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये निम्नलिखित उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE - P.P.
	LE - MSC
	Surgery - (LE) SIRS with Tn

ASSISTANCE BEING AWAIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIED इसी हेतु सहायता राशी
1	SCFM	

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शेक ड्रा फॉर्म 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 कह रहा हूँ कि इस ड्राफ्ट 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 यहाँ पर घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस ड्राफ्ट में मांग गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न तो शिका है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेक ड्रा फॉर्म पर)

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/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 is this regard will be final and acceptable to me.

1) इस ड्राफ्ट पर अपने हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर, मैं (अर्शेक) यहाँ पर सहमत हो रहा हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस ड्राफ्ट में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रसारित, प्रकाशित करने के माध्यम से मुझे धनार्थी और जानकारी के लिये किसी भी प्रकार का उपयोग से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मैं ड्राफ्ट का विवरण मेरे हस्ताक्षर के बिना या बिना मेरे नाम के बिना "कोशिका फाउन्डेशन" में प्रकाशित कर सकता हूँ।

2) मैं (अर्शेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी प्रकार के उपयोग से प्रकाशित करने के माध्यम से मुझे सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा प्रकाशित करने का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शेक के हस्ताक्षर या मुद्रा का स्थान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर ड्रा फॉर्म पर)

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 सहायता हेतु विवरण को जमा है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से स्वीकार्य करते हैं।

1) यह कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी भी प्रकार से सहायता हेतु किसी अन्य स्रोत से मदद ले रहे हैं, जब तक कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता/विवरण प्राप्त न हो सके। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें सहायता हेतु किसी अन्य स्रोत से मदद लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि के साथ कहा जाता है कि सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की होगी और "कोशिका फाउन्डेशन" से कोई भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की होगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्राप्त होगी, वह केवल वित्तीय प्रकृति की होगी। हमारे द्वारा सहायता का चुनाव केवल वित्तीय प्रकृति का होगा और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता केवल वित्तीय प्रकृति का होगा। इसलिए हमारे पास सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की होगी और "कोशिका" को कोई भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृत के लिए संकेतित

Date of Surgery
अपरेशन की तिथि

13/09/2017

Dr. Ashwini Kumar
MBBS, MS, FICO
Reg. No. 66028
Time.....

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व मुद्रा

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

नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2