

C17/09/0080

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

2/0917/0352

APPLICATION DATE:

आवेदन दिनांक

13/09/017

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Hemraj

AGE-YEARS आयु-वर्ष

68

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

Bhupendra

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान निवास पता

Aaram, Majhali, Kotha Post, Madhura, Tahsil.

MahaVan, Madhura

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता

Bihar, Patna



PASTE PHOTO HERE

Pratap Pratap

(0352) Hemraj

OCCUPATION:

व्यवसाय

Farmer

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

2/000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. प्राप्त नहीं है

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

क्या आप आय का दाता हैं? (जो सत्य हो उस पर 'X' का चिह्न लगाएं)

Yes / No

हां / 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 के साथ सम्बन्ध
1	Raj	60	F	Wife
2	Rajendra	42	M	Son
3	Rajendra	37	M	Son
4	Hemraj	32	M	Son
5	Rajendra	20	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये निम्नी आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किने गये निम्नी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयुर्वेद/चिकित्सा से संबंधित कोई भी डॉक्टर/प्राधिकृत सूची संलग्न
1	IE-3
2	IE-4
3	IE-5
4	IE-6
5	IE-7
6	IE-8
7	IE-9
8	IE-10
9	IE-11
10	IE-12
11	IE-13
12	IE-14
13	IE-15
14	IE-16
15	IE-17
16	IE-18
17	IE-19
18	IE-20
19	IE-21
20	IE-22
21	IE-23
22	IE-24
23	IE-25
24	IE-26
25	IE-27
26	IE-28
27	IE-29
28	IE-30
29	IE-31
30	IE-32
31	IE-33
32	IE-34
33	IE-35
34	IE-36
35	IE-37
36	IE-38
37	IE-39
38	IE-40
39	IE-41
40	IE-42
41	IE-43
42	IE-44
43	IE-45
44	IE-46
45	IE-47
46	IE-48
47	IE-49
48	IE-50
49	IE-51
50	IE-52
51	IE-53
52	IE-54
53	IE-55
54	IE-56
55	IE-57
56	IE-58
57	IE-59
58	IE-60
59	IE-61
60	IE-62
61	IE-63
62	IE-64
63	IE-65
64	IE-66
65	IE-67
66	IE-68
67	IE-69
68	IE-70
69	IE-71
70	IE-72
71	IE-73
72	IE-74
73	IE-75
74	IE-76
75	IE-77
76	IE-78
77	IE-79
78	IE-80
79	IE-81
80	IE-82
81	IE-83
82	IE-84
83	IE-85
84	IE-86
85	IE-87
86	IE-88
87	IE-89
88	IE-90
89	IE-91
90	IE-92
91	IE-93
92	IE-94
93	IE-95
94	IE-96
95	IE-97
96	IE-98
97	IE-99
98	IE-100

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली जा रही है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि
1	SCFH	
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		
31		
32		
33		
34		
35		
36		
37		
38		
39		
40		
41		
42		
43		
44		
45		
46		
47		
48		
49		
50		
51		
52		
53		
54		
55		
56		
57		
58		
59		
60		
61		
62		
63		
64		
65		
66		
67		
68		
69		
70		
71		
72		
73		
74		
75		
76		
77		
78		
79		
80		
81		
82		
83		
84		
85		
86		
87		
88		
89		
90		
91		
92		
93		
94		
95		
96		
97		
98		
99		
100		

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा यह:

- 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 दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं वाचन सत्यता प्राप्त नहीं है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में माग गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु वह व्यय नहीं करूँगा, जो कि भविष्य में किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कथन)

- 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके त्रुस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा मंचनी, दूर, साप्ताहिक दूरदर्शन में सुटी टीवीसीई और वनलैंग्विज के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे इलाज के खर्चे या भरण में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से मंचनी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित हैं उनके द्वारा सहायता का इस्तेमाल नहीं होगा। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसके त्रुस्टी का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

हेमराज

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कथन)

- 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.

- इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की और से योग्यता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी सहायता किन्हीं और सहायता संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या से रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश करने के माध्यम से "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किन्हीं अतिरिक्त/अन्य स्रोत से मदद हेतु किया जाता है तो हस्पताल किन्हीं अन्य और सहायता संस्थान या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा उक्त रोगी/रोगी के लिये सिफारिश करने के माध्यम से किसी अन्य सहायता से नहीं लेना/लेगी।
 - 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ली गई सहायता या किन्हीं गैर उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किन्हीं प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षित और अपने खर्चे की पूरी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई दबाव या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए रजिस्ट्रार

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 14/9/17	Dr. Ashwini Kumar MBBS, MS, FICO Reg. No. 66028 Time: (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाज का पंजी नं.	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
---	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 <i>[Signature]</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 <i>[Signature]</i>
--	--