

C17/09/0087

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

(Healthcare)

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building block of life


PASTE PHOTO HERE

Preop Postop

(0354) Chotelal

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

V/017/0354

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

13/09/017

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Chotelal

AGE-YEARS आयु-वर्ष

65

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

Dulipchund

H. No. - 42

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

village Rotingal, Tahsil-Nela, Mandla

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

same as advance

OCCUPATION:

व्यवसाय

Labour

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

NA

(Attach Proof of income)

(आय का साक्ष्य संलग्न) NA

PAN No. टैक्स पहचान संख्या

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

क्या आप आय का दाता हैं (को सत्य हो उस पर सही का चिह्नन रखें)

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	Kusma	61	F	Wife
2	Heeta	32	F	Daughter
3	Raja	30	F	"
4	Wani	28	M	Son
5	Rakesh	25	M	Son
6	Laxman	21	M	"

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवक्षित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के पीछे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में प्रस्तुत करें)	EW'S Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में प्रस्तुत करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ में प्रस्तुत करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विवक्षित कार्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई दवाइयों के सूची संलग्न
	RE - TMS
	LE - TMS
	Surgery - (F) Sice with Tel

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. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि
	SCFH	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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 एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से स्थापना करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में माग किया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में नहीं, उस राशि का आंशिक या संपूर्ण विवरण किसी अन्य प्रोवेंडोर/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न ले लिसा है 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या बाएँ की उंगली का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) आवेदक सहायता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन" और उसके ट्रस्टियों को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, इसे "कोशिका" दूरदर्शन, रेडियो, पत्रिकाओं द्वारा अथवा अन्य किसी भी माध्यम से प्रसारित करके मेरी छवि प्रकाशित करें। मेरे प्रकरण का विवरण मेरी इच्छा के बिना या मेरे बिना मेरे बिना "कोशिका फाउन्डेशन" में प्रकाशित किया जा सकता है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से स्वीकार करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को प्रकाशित करने के उद्देश्यों से प्रसारित की गई सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" दूरदर्शन, रेडियो, पत्रिकाओं का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक की हस्ताक्षर या बाएँ की उंगली का छाप

[Signature]

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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.

हस्ताक्षर करके, हमारा प्राधिकृत हस्ताक्षर करने वाले कोशिका फाउन्डेशन से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को ज्ञात है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्वीकार और स्वीकार करते हैं:

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए माग की जाएगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विधि सहायता के रूप में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा माग किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विधि अस्वीकार/नकार हेतु कानून नहीं दिया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता संस्था से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा माग, उक्त रोगी/रोगी के लिए सिफारिश और सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता संस्था से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो सहायता संस्था वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी, एवं हस्पताल को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। हस्पताल द्वारा माग के लिए हस्ताक्षर और आने वाले रोगी के हस्ताक्षर और आने वाले रोगी के हस्ताक्षर को छोड़ें और "कोशिका" को कोई दखल या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

14/09/17

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

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

डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप

(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]

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

[Signature]