APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)

सहायता के लिए आवेदन पत्र (स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life

www.koshika.org
contact@koshika.org
Call : +91-11- 41664297

APPLICATION NO. : आवेदन पत्र संख्या	**APPLICATION DATE** : आवेदन की तिथि
NH/1018/0004	20/10/2018

PATIENT'S NAME : रोगी का नाम	**AGE (YEARS)** आयु (वर्षों में)	**SEX** लिंग	**WEIGHT (KG)** भार (कि.ग्रा.)
Tamanya	7yr.	F	16.6 Kg

NAME OF FATHER (or LEGAL GUARDIAN) पिता (या वैधानिक संरक्षक) का नाम

Krishan Kumar

NAME OF MOTHER (or LEGAL GUARDIAN) माँ (या वैधानिक संरक्षक) का नाम

Sabla Devi

(Singl

er

PHONE NO. OF FATHER/ MOTHER/LEGAL GUARDIAN माता/पिता या वैधानिक संरक्षक का फोन नं.	**E-MAIL OF FATHER/MOTHER/ LEGAL GUARDIAN** माता/पिता या वैधानिक संरक्षक का ई-मेल
8826240871	— N.A —

PAN OF FATHER/ MOTHER/LEGAL GUARDIAN माता/पिता या वैधानिक संरक्षक का पैन नं.	**AADHAR NO. OF FATHER/ MOTHER/LEGAL GUARDIAN** माता/पिता या वैधानिक संरक्षक का आधार नं.
	3014 0731 2576

IDENTITY पहचान

PAN Card (tick ✓) पैन कार्ड (✓ निशान)	Copy Attached प्रति संलग्न	Aadhar Card (tick ✓) आधार कार्ड (✓ निशान) ✓	Copy Attached प्रति संलग्न ✓
Voter Card (tick ✓) मतदाता पत्र (✓ निशान) ✓	Copy Attached प्रति संलग्न ✓	Patient's Birth Certificate (tick ✓) रोगी का जन्म प्रमाण पत्र (✓ निशान) ✓	Copy Attached प्रति संलग्न

FATHER'S ANNUAL INCOME (Rs) पिता की वार्षिक आय	**FATHER'S OCCUPATION** पिता का व्यवसाय	**MOTHER'S ANNUAL INCOME (Rs)** माँ की वार्षिक आय	**MOTHER'S OCCUPATION** माँ का व्यवसाय
1,00,000 Rs	Farmer of Part time Driver	— N.A —	— N.A —

PRESENT ADDRESS अभिभावक का पता

66, TAILA MOHOLLA
BHUNAGADA AHIR Th. MUNDAWAR
Dist ALWAR

FAMILY DETAILS परिवार का विस्तृत विवरण

Krishan Kumar (father)
Sabla yadav (Mother)
Tamanya (Patient)
Yash (Brother)

PERMANENT ADDRESS स्थायी पता

66, TAILA MOHOLLA
BHUNAGADA AHIR Th. MUNDAWAR
Dist ALWAR

ECONOMIC STATUS आर्थिक स्थिति

Poor.

Own House (tick ✓) अपना घर (✓ निशान)	✓ Yes / No हाँ/नहीं	Vehicle Owned (specify) अपना वाहन (विवरण दें)	— No —
Total Family Income (Rs) परिवार की कुल आय (✓ निशान)	1,00,000 Rs	Any loan (specify Amount & for what & from whom) कोई लोन (कितना/किस लिए और कहाँ से लिया)	— No —
Proof of Income (tick ✓) आय का प्रमाण (✓ निशान)	Attached संलग्न ✓	BPL Card / EWS Certificate (tick ✓) बी.पी.एल./ई.डब्लू.एस. प्रमाण पत्र (✓ निशान)	Attached संलग्न
ITR Copy (tick ✓) आयकर रिटर्न की प्रति (✓ निशान)	Attached संलग्न	Any other (specify) कोई अन्य (विवरण दें)	

BRIEF MEDICAL HISTORY & INVESTIGATIONS DONE
(Attach copies of investigations reports like X-Ray, Echo, TMT etc)
रोगी और उसकी जाँच का संक्षिप्त विवरण
(एक्स-रे, ईको तथा टी.एम.टी. आदि
जाँच की प्रतियाँ लगाएँ)

The patient was diagnosed with problem of heart at her local district hospital and referred for further treatment to NH Jaipur. Here the patient is diagnosed with the problem of Atrial Septal defect by our peds Cardiologist Dr. Prashant Mahawar and forwarded to Dr. C.P. Shrivastava for ASD Surgery. On the basis of ECG and 2D Echo ASD Surgery is suggested to the patient for the further improvement in the patient and saving the life of patient.

DIAGNOSIS
निदान

~~ASD~~
Atrial Septal
Defect

RECOMMENDED SURGERY/TREA
अनुमोदित सर्जरी/इलाज

ASD
Surgery

INVESTIGATION REPORTS ATTACHED
(Tick attached)
जाँच रिपोर्ट संलग्न है
(✓ निशान लगाएं)

2D-ECHO
- ECG

ESTIMATED COST OF SURGERY / TREATMENT
सर्जरी/इलाज का अनुमानित व्यय

SURGERY / TREATMENT TO BE CONDUCTED AT (HOSPITAL)
सर्जरी/इलाज जिस अस्पताल में किया जाएगा

NARAYANA
MULTISPECIALITY
HOSPITAL
JAIPUR

SURGERY /TREATMENT TO BE CONDUCTED BY (DOCTOR)
सर्जरी/इलाज करने वाले डॉक्टर का नाम

Dr. C.P Shrivastava
HOD. Department
of Cardiac Surgery

FINANCIAL ASSISTANCE FOR SURGERY / TREATMENT from OTHER SOURCES
सर्जरी/इलाज के लिए अन्य स्रोतों से सहायता

Own funds अपना पैसा	40,000 Rs	Employer नियोक्ता	-N.A-	Insurance बीमा	-N.A-
ESI ई.एस.आई	-N.A-	ECHS ई.सी.एच.एस	-N.A-	Govt. (specify agency & amount) सरकार (विभाग और राशि बताएँ)	-N.A-

ASSISTANCE SANCTIONED / AVAILED FROM KOSHIKA
कोशिका फाउंडेशन से स्वीकृत / प्राप्त सहायता राशि

TOTAL AMOUNT OF ASSISTANCE SANCTIONED BY KOSHIKA (RS) कोशिका द्वारा स्वीकृत कुल सहायता राशि (रु०)	80,000 Rs
AMOUNT PAYABLE BY KOSHIKA TO (WHICH AGENCY) कोशिका द्वारा राशि किस एजेंसी को देय है	NARAYANA HRUDAYALAYA LIMITED.

Please see overleaf for terms & conditions of Koshika's assistance
कोशिका द्वारा दी जाने वाली सहायता के नियम और शर्तें कृपया दूसरे पन्ने पर देखें

ECLARATION by APPLICANT or PARENT or LEGAL GUARDIAN (on behalf of PATIENT)

1) I have requested financial assistance from Koshika for treatment/surgery/medical intervention for .... who is related to me as.................... I further confirm that I am legally authorised to make this declaration & below-mentioned 'Agreement' on behalf of the patient (beneficiary of financial assistance by Koshika Foundation)

2) 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.

3) 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.

4) 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 granted by Koshika.

आवेदक द्वारा या उसकी तरफ से माता-पिता या वैधानिक संरक्षक द्वारा फैसला:

१. मैने..Tanmaya..इलाज/सर्जरी/चिकित्सीय हस्तक्षेप के लिए, जो रिश्ते में मेरा/मेरी ..बेटी..........है, कोशिका फाउंडेशन से आर्थिक सहायता के लिए प्रार्थना की है, मैं इस बात की भी पूरी पुष्टि करता/करती हूं कि मैं रोगी की तरफ से यह घोषणा और नीचे लिखा अनुबंध करने के लिए वैधानिक रूप से प्राधिकृत हूं।

२. मैं इसके द्वारा यह पुष्टि करता/करती हूं कि इस फार्म का सारा विवरण मेरी पूरी जानकारी के अनुसार सत्य है। कोई भी असत्य कथन मेरे आवेदन पत्र और दी जा रही सहायता (यदि कोई है) को अस्वीकृत/रद्द करा सकती है।

३. मैं सत्यता पूर्वक पुष्टि करता हूं कि, यदि कोशिका फाउंडेशन से कोई सहायता मिलती है तो उसका उपयोग केवल उसी प्रयोजन के लिए किया जाएगा जिसका इस फार्म में उल्लेख है, और जिसके लिए मैंने सहायता की प्रार्थना की थी।

४. मैं इसके द्वारा पुष्टि करता/करती हूं कि जो कोशिका फाउंडेशन द्वारा दी गई सहायता राशि के लिए मैंने किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से, आंशिक या पूर्ण रूप में, न तो कोई अदायगी या भुगतान प्राप्त किया है और न ही भविष्य में करूंगा/करूंगी।

AGREEMENT by APPLICANT or PARENT or LEGAL GUARDIAN (on behalf of PATIENT)

1) I agree to arrange my own funds for any follow-up treatment, if so required

2) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I on behalf of the patient (beneficiary of grant by Koshika Foundation), hereby agree and authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/put-up/reproduce the patient's 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 it's activities/achievements. Such use of the patient's photo & details can be made by Koshika Foundation before or after the patient's treatment or fulfilment of the "purpose" for which assistance is requested/granted

3) 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.

4) I agree not to hold Koshika Foundation & it's trustees responsible, in case of failure of treatment/death of patient, during or after the surgery/medical intervention

5) The amount of financial assistance granted by Koshika Foundation, will be payable by Koshika, after completion of the treatment/surgery/medical intervention, directly to the Hospital where the treatment/procedure is carried out, against bills raised by the Hospital.

१. यदि आवश्यकता पड़ती है तो अनुवर्ती इलाज के लिए मैं अपनी निधि की व्यवस्था करने को सहमत हूं।

२. इस फार्म पर अपने हस्ताक्षर/अंगूठे के निशान द्वारा मैं रोगी (कोशिका फाउंडेशन के अनुदान का लाभार्थी) की ओर से कोशिका फाउंडेशन तथा उसके न्यासियों को सहमति देता हूं तथा प्राधिकृत करता हूं कि वे रोगी के नाम, पते, फोटो तथा दी गई या प्रार्थित सहायता के प्रयोजन का, कोशिका फाउंडेशन के लिए दान मांगने तथा/या इसकी उपलब्धियों और गतिविधियों की सूचनाओं का प्रचार करने के लिए, मौखिक, मुद्रण तथा इलैक्ट्रॉनिक आदि किसी भी माध्यम के द्वारा उपयोग, प्रकाशन या प्रस्तुतिकरण कर सकते हैं।

३. मैं (आवेदक) इस बात से भी सहमत हूं कि मेरे नाम, पते, फोटो तथा उस प्रयोजन के विवरण का उस सहायता को प्राप्त करने या जारी रखने का हकदार नहीं बन जाऊंगा। सहायता को स्वीकृत करने तथा/या जारी रखने का अधिकार सिर्फ कोशिका फाउंडेशन के न्यासियों का होगा, और इस विषय में उनका निर्णय अंतिम और मेरे लिए मान्य होगा

४. मैं इस बात के लिए सहमत हूं कि इलाज/सर्जरी/चिकित्सीय हस्तक्षेप या बाद में इलाज की विफलता या चूक/रोगी की मृत्यु के लिए कोशिका फाउंडेशन तथा उसके न्यासीयों को जिम्मेदार नहीं ठहराउंगा।

५. कोशिका फाउंडेशन द्वारा स्वीकृत आर्थिक सहायता, इलाज/सर्जरी/चिकित्सीय हस्तक्षेप के पूरा होने पर, हस्पताल द्वारा बनाए गए बिलों के विरूद्ध सीधे उस हस्पताल को दी जाएगी, जहाँ इलाज कराया गया है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या बाएं अंगूठे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL / DOCTOR हॉस्पीटल/डॉक्टर द्वारा अनुबंध

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for consideration of this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital / Doctor) hereby affirm & accept following:

1) That we neither presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the said assistance is not granted by Koshika Foundation, in part or in full, then the Hospital reserves it's 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/Doctor 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/Doctor will assume sole & complete responsibility of the treatment & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter. The Hospital/Doctor agrees to indemnify Koshika Foundation from any adverse outcome, quality claims & claims on account of medical negligence etc. in course of carrying out the treatment/surgery/medical intervention for which financial assistance is granted by Koshika Foundation.

कोशिका फाउंडेशन से आर्थिक सहायता की प्राप्ति के लिए इस केस/रोगी के अनुमोदन स्वरूप हमारे प्राधिकृत हस्ताक्षरकर्ता द्वारा नीचे हस्ताक्षर किए गए हैं। इसके द्वारा हम निम्नांकित को पुष्ट और स्वीकृत करते हैं।

१) कि उसी रोगी/केस के लिए जिसके लिए कोशिका फाउंडेशन से आर्थिक सहायता मांगी जा रही है और जितनी मात्रा में सहायता प्राप्त हुई है उस मात्रा तक न तो हमने वर्तमान में किसी गैर सरकारी संस्था या अन्य स्रोत से सहायता ली है और न ही भविष्य में लेंगे। यदि मांगी गई सहायता, आंशिक रूप में या पूर्ण रूप में कोशिका फाउंडेशन से प्राप्त नहीं होती है तो हस्पताल को यह अधिकार होगा कि वह कम पड़ गई राशि किसी अन्य स्रोत से प्राप्त कर ले। यह पुष्टि अनिवार्यतः यह कहती है कि हस्पताल उसी रोगी/केस के लिए किसी भी स्रोत से दोहरी आर्थिक सहायता प्राप्त नहीं करेगा।

२) कोशिका फाउंडेशन की सहायता का स्वरूप केवल आर्थिक है। हस्पताल द्वारा रोगी के लिए जो इलाज/क्रिया विधि अपनाई जाती है या जिसकी सलाह दी जाती है वह रोगी और हस्पताल के बीच का विषय है और किसी भी रूप में कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रभावित या प्रेरित नहीं है। इसलिए उपचार, उसके परिणाम, और रोगी की सुरक्षा का पूरा दायित्व हस्पताल का होगा और इस विषय में कोशिका फाउंडेशन की कोई जिम्मेदारी या भूमिका नहीं होगी। कोशिका फाउंडेशन द्वारा जिसके लिए सहायता दी गई है, उस इलाज/सर्जरी/चिकित्सीय हस्तक्षेप के दौरान, किसी भी विपरीत परिणाम/गुणवत्ता विषयक दावा, और चिकित्सीय लापरवाही के कारण दावे/हरजाने आदि के लिए हस्पताल/डॉक्टर, कोशिका फाउंडेशन को सुरक्षित रखने के लिए भी सहमत है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 23/10/2018	(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम, हस्ताक्षर, मुहर व रजि० नं०	Karthik Ramakrishnan Facility Director For NARAYANA HRUDAYALAYA LTD (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हस्पताल द्वारा प्राधिकृत अधिकारी का नाम, पद व मुहर

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION कोशिका फाउंडेशन के आन्तरिक उपयोग के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी के हस्ताक्षर (1)	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी के हस्ताक्षर (2)