

C18/12/0184



Koshika
foundation

Building block of life



(0896) Ishak Mohammad

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

V/1218/0896

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

10/12/018

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Ishak Mohammad

AGE-YEARS (वर्ष-वर्ष)

73

SEX (लिंग)

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

S/o Bhoote Khan

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवास पता

Inamti Bagaia, Tasinga

Dist - Hathkhas U.P 281302

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

Same as above

OCCUPATION :

व्यवसाय

Labour

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

NA

PAN No. (यहाँ खाली छोड़ें)

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का चिह्न 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 से संबंध
1.	Shakina	67	F	Wife
2.	Mavin	38	M	Son
3.	Vakil	34	M	Son
4.	Yatin	30	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशू के पीछे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) रसदरिज कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे लगे किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रिपोर्ट/दवाखाना से जारी की गई डॉक्टर की सुझाव
	RE - TMSC
	LE - TMSC
	Surgery - (LE) SCS + TOL

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 तो यह सहायता राशि
1.	SCH	

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक 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 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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य बताने में असम्यक या झूठा पाया जाये तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में किसी भी प्रकार से किसी भी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न तो रिफंड लेऊंगा और न ही भविष्य में लूंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक 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 प्रपत्र पर मेरा हस्ताक्षर या अंगुली का छाप लगाकर, मैं (अर्शक) कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में उल्लिखित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा या किसी अन्य माध्यम से प्रचारित करने के लिए उपयोग कर सकते हैं। इसका उपयोग मेरी उपचार या उद्देश्य को पूर्ण करने से पहले या बाद में किया जा सकता है।

2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कोशिका फाउन्डेशन के ट्रस्टियों द्वारा या किसी अन्य माध्यम से प्रचारित करने के लिए उपयोग किया जा सकता है। इसका उपयोग मेरी उपचार या उद्देश्य को पूर्ण करने से पहले या बाद में किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक का हस्ताक्षर या बाएं अंगुली का छाप

सुशील

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, in 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.

हम यहाँ घोषणा करते हैं कि हम (हस्पताल) कोशिका फाउन्डेशन से वित्तीय सहायता के लिए अनुरोध कर रहे हैं। हम (हस्पताल) कोशिका फाउन्डेशन से वित्तीय सहायता के लिए अनुरोध कर रहे हैं।

1) यह कि हम (हस्पताल) कोशिका फाउन्डेशन से वित्तीय सहायता के लिए अनुरोध कर रहे हैं। हम (हस्पताल) कोशिका फाउन्डेशन से वित्तीय सहायता के लिए अनुरोध कर रहे हैं।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Dr. Ashwini Kumar

MBBS, MS, FICO

Reg. No. 66328

Tirunelveli

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

डाक्टर का नाम व पंजीकृत नं. के साथ

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

हमारे पक्ष पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी



FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

आंतरिक उपयोग के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नंसी हस्ताक्षर 1

Sufi

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नंसी हस्ताक्षर 2

Signature