

C18/12/0675

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

V/0119/0943

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

31/12/018

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Machhla Devi

AGE-YEARS आयु-वर्ष

56

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कन्या का नाम

D/o - Nattji Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Baghaina, Mai

Distt 7 Hathnagar, D.P. 981302

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

Same as above.



Preop

Postop

(0943) Machhla Devi

OCCUPATION :

व्यवसाय

House wife

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

NA

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. स्थाई खाता संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य 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	Bhawan Singh	60	M	Husband
2	Poojan	24	M	Son
3	Mukesh	21	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विधि अनुसार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विवरण का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE - IMAC
	LE - IMAC
	Surgery - (LE) Sics + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि
1.	SCCH	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा करें:

- 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अलग रूप में ज्ञात है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरी दृढ़ता से सहायता यथा "कोशिका फाउन्डेशन", से ही जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पट्टा पत्र है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि शिवा सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, इस दृष्टि का अधिक या कम विवरण किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)

- 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायोक्त" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित हैं, उसे "कोशिका" एम्प्लॉयर्स, डॉन, वाचमैन या दूसरे उद्देश्य से मुझे प्रोत्साहित करने के लिये किसी भी प्रकार का प्रयास करने के लिये अधिकृत है। मेरी दृढ़ता से सहायता मेरी इच्छा के अनुसार या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से ली जा सकती है।

- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित हैं मुझे सहायता का हकदार नहीं बनाएंगे। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लॉयर्स, डॉन, वाचमैन और वाचमैन को निर्णय लेना और सहायता देना होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)

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 आपसे/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं। हमारे "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्णय उक्त के समान है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जाती है तो हमारे पास से उक्त रोगी/रोगी को लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमारे "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्णय उक्त के समान है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जाती है तो हमारे पास से उक्त रोगी/रोगी को लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमारे "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्णय उक्त के समान है।

- 1) यह कि न तो रोगी और न ही रोगी के परिवार को "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जाती है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जाती है तो हमारे पास से उक्त रोगी/रोगी को लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमारे "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्णय उक्त के समान है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जाती है तो हमारे पास से उक्त रोगी/रोगी को लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमारे "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्णय उक्त के समान है।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही जा रही सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज शुरू और आने जाने की सारी जिम्मेदारियाँ हस्पताल पर होंगी और "कोशिका" को कोई भुनिका या जिम्मेदारिता इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

02/01/19

Dr. Ashwini Kumar
MBBS, MS, FICO
Reg. No. 66028
Time
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.



FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2