

C19/04/0098

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

V/0519/0158

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

13/05/19

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Mukesh

AGE-YEARS आयु-वर्ष

51

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कटुम्ब का नाम

S/o Bhagmal Lal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Sigal Kheda

Distt - Hathnagar, T.P., 704101

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

same as above

Pre op Post op
(0158) Mukesh

OCCUPATION :

व्यवसाय

labour

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

NA

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न) NA

PAN No. स्थायी खाता संख्या

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

क्या आप आय कर पत्राई हैं (जो खाने हो उस पर चिह्न का निशान लगायें)

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 के साथ सम्बन्ध
1	Vimala	44	F	Wife
2	Santosh	20	F	Daughter
3	Sunny	17	M	Son
4	Pooja	14	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RC - IMSC
	IE - IMSC
	Surgery - (IE) SICS + IOL

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 जी गई सहायता राशि
1	SCCH	

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 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 निरवयव एवं झूठा बयान प्रदाय जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी राशि मिले, उसका उपयोग यही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में माँगा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि भविष्य में मैं किसी भी अन्य सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं करूँगा, चाहे पूर्णतः या आंशिक रूप से, किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से या जो भी राशि मिले और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा सहमति)

- 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 fulfilment 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 मेरी हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अवगत करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करें, उनके "कोशिका" दस्तावेजों, पत्र, साप्ताहिक पत्रों, इत्यादि के माध्यम से, जिससे दानों को प्राप्त करने में मदद हो सके और/या कोशिका फाउन्डेशन के गतिविधियों/सफलताओं के बारे में जानकारी प्रसारित की जा सके।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउन्डेशन" के द्वारा प्रकाशित करने से मेरी सहायता के जारी रहने का कोई भी दावा नहीं होगा। सहायता के जारी रहने का निर्णय केवल कोशिका फाउन्डेशन के न्यासीयों के पास होगा, और उनका निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या बाएँ अंगूठे का निशान

मुकेश

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा सहमति)

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.

हमारी अधिकृत हस्ताक्षर करने वाले अधिकृत अधिकारी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं:

1) कि हम न तो वर्तमान में न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करेंगे, जो हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त करने के लिए माँगा गया है, जब तक कि कोशिका फाउन्डेशन द्वारा सहायता पूर्णतः या आंशिक रूप से नहीं मिलती। यदि कोशिका फाउन्डेशन द्वारा सहायता पूर्णतः या आंशिक रूप से नहीं मिलती, तो हमें सहायता के अभाव को पूरा करने के लिए किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से या जो भी राशि मिले, उसका उपयोग करने का अधिकार सुरक्षित रहता है।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्राप्त होगी, वह केवल वित्तीय प्रकृति की होगी। रोगी का इलाज और उपचार का निर्णय रोगी और कोशिका फाउन्डेशन के बीच की व्यवस्था पर निर्भर करेगा, जो कोशिका फाउन्डेशन द्वारा सिफारिश की गई होगी। कोशिका फाउन्डेशन द्वारा सहायता के जारी रहने का कोई भी दावा नहीं होगा। सहायता के जारी रहने का निर्णय केवल कोशिका फाउन्डेशन के न्यासीयों के पास होगा, और उनका निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Dr. ABHISHEK HANDA

MCI No.-09-35572

Sign.....

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

डॉक्टर का नाम व रजिस्ट्रेशन नंबर

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

हमारे पक्ष पर हस्ताक्षर करने वाले अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

Signature

Signature

