

VRN-0658

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation

Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

VI/119/0719

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

21/10/19

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Saeed Khan

AGE-YEARS मातृ-वर्ष

43

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

S/o Samad Khan

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Pathan Pata, Rayg

Distt - Mathura U.P - 281204

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

Same as above.



Pre op

Post op

(0719) Saeed Khan

OCCUPATION:

व्यवसाय

Farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

19500/-

(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 लगायें)

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	Mother	41	F	Mother
2	Son	17	M	Son
3	Son	15	M	Son
4	Son	14	M	Son
5	Daughter	11	F	Daughter
6	Daughter	7	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 को छाप प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाप प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को छाप 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
	RE - BROWN LAR
	LE - TMSC
	Surgery - STCS + TOL (RE)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लीया गया है?

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

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शदक द्वारा करत):

- 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 यहाँ पर कहता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहाय्य निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर सहजता से "कोशिका फाउन्डेशन", से सहाय्य ले रहा हूँ, इसका उपयोग केवल उसी उद्देश्य के लिए किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में भरा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कहता हूँ कि मैं इस सहाय्य से या इसके प्रत्यक्ष को नहीं, उस राशि का वापस या एकत्र किसी किसी अन्य स्रोत/निर्धारक/बीमा कम्पनी से न ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शदक द्वारा करत)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post-up/produce 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 it's 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 in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके त्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एन.पी.ओ. द्वारा, दूर, दूरदर्शन/इलेक्ट्रॉनिक माध्यमों से कुछ गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार का प्रचार करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" के त्रस्टी अधिकृत हैं।

2) मैं (अर्शदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहाय्य के अर्थपूर्ण से प्रेषित हैं मुझे स्वयं सहाय्य का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एन.पी.ओ. त्रस्टियों का निर्णय अंतिम और मान्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शदक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करत)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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 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 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हम यहाँ पर, हमारे अधिकृत हस्ताक्षरकर्ता के द्वारा, इस मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहाय्य हेतु सिफारिश करने का कहते हैं, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं:

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहाय्य किसी और सहाय्य संगठन या किसी अन्य स्रोत से इस रोगी/मरीज से लेने या ले रहे हैं, बल्कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/अनुमति प्राप्त करने के लक्ष्य में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहाय्य विनाशित/असफल हेतु प्रमाण पता कि सहाय्य नहीं दी तो अस्पताल किसी अन्य और सहाय्य संगठन या किसी अन्य सहाय्य संगठन से सहाय्य लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल विशेष रूप से इस रोगी/मरीज हेतु किसी भी सहाय्य संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से कोई भी सहाय्य केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किसी भी उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी/हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी उपचार या कार्य प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षित और अपने जन्म की ओर प्रभावित नहीं है। हस्पताल को रोगी और "कोशिका" को कोई भी भविष्य या भविष्यवशी इस मामले में नहीं होंगे।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

11/11/17

Dr. PRIYA AGRAWAL

MCI No. 58417

Sign

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

डॉक्टर का नाम व इलाज व रजि. नं.

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

नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

त्रस्टी हस्ताक्षर 1

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2

त्रस्टी हस्ताक्षर 2

[Signature]