

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

C/0120/0340

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

02.01.2020

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Tohida

AGE-YEARS आयु-वर्ष

36

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

Vakkuhaman

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Village: Maheshwari Khera

Post: Sahasrampur Tahsil

Sahasrampur Dist: Sahasrampur + 247120

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

As above

Pre op Post op
0340 Tohida

OCCUPATION :

व्यवसाय

House Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

57,000

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

N/A

PAN No. स्थाई करदा संख्या

N/A

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 सम्बंध
(1)	Vakkuhaman	47	m	Husband
(2)	Mubarak	14	m	Son
(3)	Vasim	12	m	Son
(4)	Trigisha	10	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाव प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाव प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाव 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
(1)	Diagnosis - RE IMEC LE FC + OL
(2)	Surgery - RE SICS + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

हम उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिख गाय है?

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

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शदक 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 cost for which this assistance is requested.

- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण पूरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता दक्षिण "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्यों की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में माँगा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता से प्राप्त की गई है, उस खर्च का अर्शदक या समस्त दिये किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शदक 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/post-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 in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस रूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके त्रुस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस रूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एनपी नर्सों, डॉक्टर, वास्तविक दूसरे उद्देश्यों से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे रूप का विवरण भी इत्यादि के लिये जो बाद में करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" व त्रुस्टी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से घोषित है पूर्णतः सहायता का हकदार नहीं बनाया। इस सम्बंध में "कोशिका" एनपी उन्ही उद्देश्यों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

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, 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 मामला/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।

- 1) वह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सस्कारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से उस रोगी/मामले में लेगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/निर्देशित उन्ही सहायता में "कोशिका फाउंडेशन" इस मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता बिना अधिकृत/सकल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता संस्था या किसी अन्य संस्था/संस्था से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। दूर पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल किसी भी प्रकार उन्ही सहायता हेतु किसी और सस्कारी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से ले गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। ऐसी यह हस्पताल द्वारा की गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया को चुनने से पूर्ण हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुझा और आने जाने की सभी गतिविधियाँ ऐसी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भुविगत या विमोचनी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

02.01.2020

DR. Gaurav Shukla

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

डॉक्टर का नाम व इलाका व पंजी. नं.

Vivek Rana

VIVEK RANA

Administrator

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

नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नर्सरी हस्ताक्षर 1

Safar

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नर्सरी हस्ताक्षर 2

Safar