


M04- C-23-01-0252

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building Block of life	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :		M/0123/0007		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि	
NAME OF APPLICANT : आवेदक का नाम		Shailendra Kumar		AGE-YEARS आयु-वर्ष	
FATHER/HUSBAND'S NAME : पिता/पति का नाम		Gyan Prakash		SEX लिंग	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता		Gram - Ratanpur Dist - Mehariddhipur		44	
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता		Ratanpur, Mehariddhipur, Mohammadi Khasra of Ratanpur P.S.P. Post of		M	
OCCUPATION : व्यवसाय		Farmer		<input checked="" type="checkbox"/> MARRIED (विवाहित) / <input type="checkbox"/> UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय		36000/-		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य भेजें)	
PAN No. स्पष्ट 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 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	Husband	13	M	Son	
2	Arjun	10	M	Son	
3	Kalika	3	F	Daughter	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनियम आधार					
<input checked="" type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश का नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया उति संलग्न करें)		<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया उति संलग्न करें)		<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Card Copy) रसपकान कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया उति संलग्न करें)	
				<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु दिखे कबे किसी का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
1	LE - Visceropathy (Mammogram)				
2	Diagnosis R/E - Severe Contact				
	I.E - Severe Contact				
ASSISTANCE BEING AWAIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिला गया है?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIED ले गई सहायता राशि		
1	DAS		2000		

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक का 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, if any, 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 दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन अथवा पात्र गलत है तो गंभीर सतर्कता लिख की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से स्वीकार करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, बसत उपयोग वही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में कहा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि बिना सतर्कता हेतु यह प्रस्ताव को नहीं है, परंतु यदि या अधिक या उचित किसी किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बिमा कंपनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लीज।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा स्वीकार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print/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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या बाएं की दाया छाप, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और समस्त सचिवों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, उसे "कोशिका" एम्प्लॉयी, या, याचक/ग्राहक द्वारा सहयोग से कुछी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार नाममात्र से प्रचारित करने के लिए अधिकृत है। जो प्रपत्र पर विवरण में हस्ताक्षर के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" में प्रेषित अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रयोग है। मुझे स्वतः सहायता या इसका जारी करना इस प्रपत्र में "कोशिका" एम्प्लॉयी समस्त सचिवों या निर्णय लेना और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या बाएं की दाया छाप

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा स्वीकार)

- By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/cases 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.
- इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की और न तो नामांकित को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, यदि हम (हॉस्पिटल) वित्त प्रकट से प्राप्त न होकर नहीं करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या से रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त की सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" इस मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" इस सहायता किसी सौजन्य/सहायता हेतु प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो अथवा किसी अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता से सहायता होने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्ताक्षर सिफारिश मदद उक्त रोगी/रोगी के लिये हेतु सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता से नहीं लेना/लेती।
 - 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी मदद सहायता संगठन सिफारिश करते हैं। रोगी का हस्ताक्षर इसी भी मदद सहायता का लिये गये सहायता/सहायता या सुझाव योग्य एवं सहायता के बीच का विवरण है और "कोशिका फाउन्डेशन" इस किसी सहायता का कोई सहायता नहीं है। इसलिए हस्ताक्षर में रोगी को सहायता दूख और अंतःकरण को सही सिफारिश रोगी एवं हस्ताक्षर को रोगी और "कोशिका" को कोई सहायता या सिफारिश अंतःकरण में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 05/09/23	Dr MAZHAR KHAN M.B.B.S.M.S.F.CO U PMA & CRODINA (Dr. P. Singh) हॉस्पिटल का नाम व स्थिति में रोगी है	Anurag Mishra Manager (Name, Designation & Signature of Authorised Signatory हॉस्पिटल का नाम व स्थिति में रोगी है)
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 सचिव हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 सचिव हस्ताक्षर 2
	