

Mam-c-23 01-0397

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE		(Healthcare)		
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(स्वास्थ्य देखभाल)		
APPLICATION No.: आवेदन संख्या: M/0123/0025		APPLICATION DATE: आवेदन तिथि 01/01/23		
NAME of APPLICANT: अभ्यर्थक का नाम Sustika		AGE-YEARS आयु-वर्ष 78	SEX लिंग F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/पति का नाम Mohana Prasad				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता Post: Madhwa Nagar Phool Bani, Coimbatore, Tamil Nadu 642002				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता Same as above				
OCCUPATION: व्यवसाय Home Maker		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय 36000 - (family)		(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)		
PAN No. स्थायी राजस्व संख्या				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSEESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू 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 से संबंध
1	Anil Kumar	32	M	Son
2	Krishan Kumar	30	M	Son
3	Shakeel	28	M	Son
4	Sustika	26	F	Daughter
		24		
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विधि आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के लेने 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) तय्योक्त कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)
Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण				
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विधियों का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से कही गई प्रशिवेदन सुची संलग्न			
1	Diagnosis - RF - Severe Catarrh			
	RF - Severe Catarrh			
2	RF - SJS with Pruritic Rash Comp			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इन उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुकी है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जो गई सहायता राशी		
1	DBCS	2,00,000		

Koshika foundation

Building Block of life.



PASTE PHOTO HERE

Proof - Postcard

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा पर:

- 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: 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 प्रत्यक्ष में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई निरास इस प्रकार असत्य सत्य बता दे तो मेरी अद्यतन सहायता को खारिज कर दिया जा सकता है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, इसका उपयोग करने केवल के लिए के लिये किया जाएगा, जो इस प्रत्यक्ष में कहा गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं किसी तरह का रकम वापस नहीं करूँगा, अथवा इसका अधिक भाग किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इन्सुरेन्स कंपनी से प्राप्त किया है और न ही भविष्य में करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा सहमति):

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/distribute/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/developments. 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.
- 3) इस प्रकार मैं अपने हस्ताक्षर या अंगुली छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपने नाम, पता, फोटो तथा "कोशिका फाउन्डेशन" और इसके ट्रस्टियों को मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण का प्रयोग करने के अधिकार दे रहा हूँ, जिसके द्वारा वे मेरी मदद के लिए धन募集 कर सकेंगे और/या मेरी मदद के बारे में जानकारी फैला सकेंगे। इस प्रकार का उपयोग मेरी उपचार/उद्देश्य के पूर्ण होने के बाद भी किया जा सकता है।
- 4) मैं (आवेदनक) आगे से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को वे इस मदद के लिए जारी रखेंगे। इसका उपयोग मेरी उपचार/उद्देश्य के पूर्ण होने के बाद भी किया जा सकता है।
- 5) मैं (आवेदनक) आगे से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को वे इस मदद के लिए जारी रखेंगे। इसका उपयोग मेरी उपचार/उद्देश्य के पूर्ण होने के बाद भी किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदनक के हस्ताक्षर या बाएं हाथ की छाप



- RT

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा सहमति):

- 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 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 को और भी फाउन्डेशन को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है। किसी भी हस्पताल (हस्पताल) निम्न प्रकार से सत्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि मैं न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इन्सुरेन्स कंपनी से प्राप्त करूँगा, जो मैंने अभी "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/अनुमति प्राप्त की है, जिसके द्वारा मैंने "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु निवेदन किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तिय अधिकृत/अनुमति हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो आवश्यकतानुसार मैंने अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इन्सुरेन्स कंपनी से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता हूँ। इस प्रकार मैं सत्य बता रहा हूँ कि आवश्यकतानुसार मैंने अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इन्सुरेन्स कंपनी से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता हूँ।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का उपचार/उद्देश्य का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच पर निर्भर है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के उपचार/उद्देश्य और उनके जाने वाले को सभी जिम्मेदारियों रोगी एवं हस्पताल को होंगी और "कोशिका फाउन्डेशन" को कोई भी जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

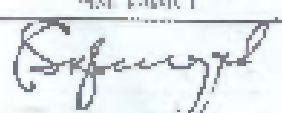
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए सिफारिश

Date of Surgery ऑपरेशन की तिथि 07/03/23	Dr MAZHAR U KHAN M.B.B.S. M.S. (PCC) UPA हस्ताक्षर के साथ हस्ताक्षर के साथ	Anurag Mishra Manager-Admission Dr Shree G. Chandra (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory for Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
---	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामों हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामों हस्ताक्षर 2 
--	---