MOM-01-25-05-2013

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखपाल)						Koshika	
PPLICATION No.: C 1072S 10031				ION DATE: 7 -	Building black of life.		
947 1154			AGE	-YEARS आयु-वर्ग	i SEX लिंग		
ME of APPLICANT : Ramnath वेदक का नाम				75	male.		
THER'S/SPOUSE'S NAM एकटुम्म का नाम							
illage udhka	mpun , Pa	St udhampun,	JOUNDAN	ipun 1 Poss	hahabad,		
Dire Horas	nen	MANENT RESIDENCE ADDR	ESS : स्थाई	आवासीय पता		Pre Post	
	FER	same as	abou	Q			
						/orforefra)	
ccupation: Limempolyed						s) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TAL ANNUAL INCOME	25,000	tension amoun	4)		(Attach Proof of (आय का साध्य	Income} NA संलग्न)	
ल वार्षिक ञाप AN No. स्वाई खाता संख्या	NA			Yes / No	-		
RE YOU AN INCOME TA	X ASSESSEE (TI	ck whichever is applicable): पर सती का निशान लगाये।		ह्यं / नहीं			
AN No. स्वाह खाता संस्था TOTA RE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): हाँ / नहीं वा आप आप कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। FAMILY DETAILS परिवार विवरण						Relation with Applicant	
Sr. No.	Name of Family Member		Ag	e (Years) g (वर्ष)	Gender सिंग	आवेदक के साथ सम्बध	
क्रम संख्या	परिव	ार के सदस्यों का नाम	9	3 (33)			
			_				
		BASIS for REQUESTIN सहायता के लिये	G ASSISTAN	ICE (Tick whicheve	ar is applicable)		
		सहायता क १९१५	Idalia allah		on Card	Any Other	
(Attach Card Copy) (Attach Cer गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अल्प आप		EWS Certificate (Attach Certificate C अल्प आय वर्ग प्रपाण (प्रमाण पत्र की छापा प्रति र	e Copy)		sh Copy) स्ता कार्ड इवा प्रति संलग्न करे	Basis/Proof अन्य कोई सास्य	
(प्रमाण पत्र की छाया प्रा	ति संलग्न करे।			TOTAL APPICA	NCE:		
		"PURPOS	SE" for REQU ता हेत् किये	JESTING ASSISTA ये विनती का उद्देश	4:		
	,	1,740	10.00	Donasto Prescri	ptions Attached		
C. No.	lo. अस्पताल/शॅक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सू					etra	
Sr. No.	1	00 + 000					
क्रम संख्या	-			00 001			
			1	RE - PB)	(
					<u></u>		
				RE -: PB) E -: LUNI			
			L	F-:WNI			
		Swig	L	F-:WNI	DEK.		
		Swig	L	F-:WNI			
		Sung	L	F-:WNI			
			ery R	E: UNI	DE K	URCES	
		ASSISTANCE BEING A	VAILED for S	E:WNI	िट्टिट्र from OTHER SO	INT of ASSISTANCE BEING AVAILED	
क्रम् संख्या		ASSISTANCE BEING A इस उद्देश्य के हेत् NAME of OTHE	WAILED for S 南京 अन्य स	E: UNI	िट्टिट्र from OTHER SO	URCES हो? UNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गर्द सहायता राशी	
		ASSISTANCE BEING A	WAILED for S 南京 अन्य स R SOURCE	E: UNI	िट्टिट्र from OTHER SO	INT of ASSISTANCE BEING AVAILED	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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.
- 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 assistant
 was requested by me.
- 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 of which this assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सड़ी है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही हैं, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- 3) में पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता होतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का ऑशिक या सकल डिस्सा किसी अना छोत/नियोजक/बीमा बम्परों से ने तो लिया है और न ही महिष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's 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 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रपत्र पर अपने इस्ताबर या अंगठे की छाप लगाकर, में (आवंदक) अपनी सहमीत की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेरान और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, याचनात्या दूसरे उद्देश्य से जुडी प्रतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारत करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के पाले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" य न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के इस्ताक्षर या अंगुठे का निरात

AGREEMENT by HOSPITAL (इस्पताल क्रम 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 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरी की और से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्टेशन" से वितिय सहायता हेंदु सिफारित को जाती है, जिसे हम (हस्मतल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में जितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान पा किसी अन्य स्त्रांत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्टेशन" से सिफारिश/विनति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्टेशन" हात मध्य हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्टेशन" हात सहायता किनति आंशिका/सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्ताधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साथन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्यताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्यताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्यताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्यताल की होगी और "कोशिका" की कोई पृमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

##