

C12/07/0185

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building blocks of life.	
APPLICATION No: A/0717/0298 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 17/07/17 आवेदन तिथि	
NAME of APPLICANT: BHABHAN SAHAY आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष 68	SEX लिंग M
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: INDER RAJ पिता/पत्नी का नाम			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता Village - Natana, Teh.- Bansuh, Dist. Alwar, (Raj)			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवास पता As above			
OCCUPATION: FARMER व्यवसाय			
TOTAL ANNUAL INCOME: 65,000 कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न) NA	
PAN No. स्थाई खाता संख्या NA			
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 हा / नहीं			
FAMILY DETAILS परिवार विवरण			
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग
(i)	शाना	59	F
(ii)	राज	88	M
(iii)	मुकेशी	22	M
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विवृति आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये निम्नलिखित उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न		
1	Diagnosis — RE- IMSC		
	LE- PP		
2	Surgery — RE- SICSTIAL		
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली जा चुकी है?			
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि	
1	SCCH		



PREOP. POSTOP.
0298 BHABHAN
SAHAY

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक 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 & 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 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 for which this assistance is requested.

- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी प्रार्थना निरस्त की जायेगी।
- 2) मैं इस बात का समर्थन करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जायेगा, जो इस प्रारूप में प्रस्तुत किया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गयी है, उस सहायता का उपयोग किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी या न हो सकेगा और न ही भविष्य में किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से भी सहायता प्राप्त की जायेगी।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक 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/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 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.

1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या बाएँ कील छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को स्पष्ट करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रेषित हैं, इसे "कोशिका" द्वारा, मुद्रित, प्रकाशित, दूरदर्शन से प्रसारित, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, या किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए उपयोग किया जा सकता है। इस उपयोग के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" को मेरी फोटो और विवरण का उपयोग करने का अधिकार है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित हैं, मुझे स्वतः सहायता का अधिकार नहीं दिलाते। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा इसकी भविष्य की नीति अंतिम और बाध्यकारी होगी।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक की हस्ताक्षर या बाएँ कील छाप

महेश्वरी मनीषा

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमति)

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.

इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की और से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं:

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता से मिलने से कम होनी चाहिए, जो कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त करने की कोशिश की है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अन्य स्रोतों से सहायता प्राप्त करने का अधिकार होगा।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज और उपचार का चुनाव रोगी और हॉस्पिटल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हॉस्पिटल में रोगी के इलाज और उपचार का चुनाव रोगी और हॉस्पिटल के बीच है और "कोशिका" को कोई भी दबाव नहीं है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

12/02/24

Dr. Dharm Singh
(Name of the Doctor, No. with Stamp)
Reg. No. 028004

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)
Dr. Shashi Massey

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

भरोदार 1 का हस्ताक्षर

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2

भरोदार 2 का हस्ताक्षर

[Signature]