

C1889/8/17

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. : आवेदन क्रमांक : E/0817/145 APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 30/8/17

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम Raju AGE-YEARS आयु-वर्ष 50 SEX लिंग M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/पत्नी का नाम Kharchedu

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवासस्थान का पता Village - Shabga Tehsil - Banaut

District - Bijnor Uttar Pradesh

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवासस्थान का पता

- as above -

OCCUPATION : व्यवसाय Labourer

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय 40,000/-

PAN No. यदि जारी किया गया है NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय का दाता हैं (जो मध्यम हो उस पर चिह्नित करें) 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 संबंध

1. Ashish 18 M SON

2. Ashish 22 M SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) राष्ट्रीय रेशन कार्ड की प्रतिलिपि प्रस्तुत करें (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि प्रस्तुत करें)

EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय और वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि प्रस्तुत करें)

Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि प्रस्तुत करें)

Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किए गए चिकित्सीय उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिलिपि प्रस्तुत करें

1. Diagnosis - Re - TMSC

IE - PP

2. Surgery - Re - STC + TOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED भी गई सहायता राशि

1. Venu

Preop
145Postop
Raju

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 & 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 दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से संकल्पित हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में बतल गया है।
- 3) मैं पुनः बतलाता हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु या उद्देश्य की पूर्ति के लिए, इस दवा की अतिरिक्त या अलग किसी किसी अन्य संगठन/रोकथाम/बीमा कम्पनी से न कोई सहायता ले रहा हूँ और न ही भविष्य में करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, उन्हें "कोशिका" द्वारा अपनी, दान, सहायता/सहायता हेतु उद्देश्य से मुझे प्रचारित/प्रचारित और प्रसारित करने के लिये उपयोग कर सकें। इस प्रपत्र पर मेरे विवरण का प्रयोग मेरे उपचार के पूर्वापार या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" के अधिकृत अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना सहायता के उपचार के प्रचारित करने के लिये मुझे सहायता का प्रस्ताव नहीं किया जा सकता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" द्वारा उसके भरोदारों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)**

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 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, हमारी ओर से अनुमति/सहमति की "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो हमारे और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य संगठन से प्राप्त होगी/प्राप्त नहीं की जायेगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त की सहायता में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता बिना अतिरिक्त/अलग हेतु प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो हमारा निर्णय अन्य किसी सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि से स्पष्ट कहा जाता है कि हमारा निर्णय सहायता हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता से नहीं होगा/प्राप्त नहीं की जायेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या बिना उसे उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के उपचार चुनाव और करने वाले को सभी जिम्मेदारियों रोगी एवं हस्पताल की होती हैं और "कोशिका" को कोई सुरक्षा या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संसुति

Date of Surgery
उपचार की तारीख

31/8/17

DR. WANGCHUK DOMA

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व पंजीकरण नं. के साथ
102, BANGALORE, KARNATAKA, INDIA

DR. ABHINAV R. DARGA

MD & Joint CHESTNUT

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory
on behalf of Hospital)
1/31, BANGALORE, KARNATAKA, INDIA

मैं या मेरे द्वारा अनुमति/सहमति

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अंतर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

भवानी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

भवानी हस्ताक्षर 2