

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

 **Koshika**
foundation
Building block of life.

APPLICATION No. :
आवेदन संख्या :

v/0817/023)

APPLICATION DATE :
३०/०६/२०१०

0.4/0.8/0.3

NAME of APPLICANT :
STUCKE WJ III

Kandungan

AGILE-YEARS 8000+ 4000+ 2000+ 1000+ 500+ 250+ 100+ 50+ 25+ 10+ 5+ 2+ 1+

43

SEX 1000

f

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :
विश्वनाथ को मंग

H. N. 71

PRESENT RESIDENCE ADDRESS बंगला रोड, बंगलूर

H. N. 71

20. Usap/Arg. Tern Fur. Aligarh, UP, 202 45

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS :

One by one

Preop	Postop
-------	--------

(0231) Kundaniyan

OCCUPATION :
कर्मचारी

House wite

TOTAL ANNUAL INCOME :
कुल वार्षिक आय

NA -

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें)

NA

PAN No. TWTE 3848 8498

Yes / No

डा. ज. लोदी

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
 क्या आप आय कर दाता हैं (को साम्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

क्या आप उद्यम कर पाते हैं (जो मान्य है) उसे भी मिला कर प्रतिक्रिया दें।

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

[illegible]

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
 सहायता के निम्न विधि अपन

संलग्नक के साथ जमा करने के लिए			
BPL Card (Attach Card Copy) सही तरीके से जोड़ने के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में प्रमाणित करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य प्रमाण पत्र प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में प्रमाणित करें)	Ration Card (Attach Card Copy) उपभोगकर्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ में प्रमाणित करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
महापाल इत निचे गने विली का मदद:

Medical Reports/Prescriptions Attached
अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सभी संलग्न

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुसंधान/दवाखाने से जुड़े की गई प्रतिलिपि सूची संलग्न
	RE - Tmcc
	IC - Tmcc
	Sym. - Sics with TEL (RE)

ASSISTANCE BEING AVAILABLE for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
 क्या आपको कोई और स्रोत मिल रहा है जो आपको समान उद्देश्य के लिए सहायता प्रदान करेगा?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED इस पर सहायता राशि
1	SCFH	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा:

- 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 applicable 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही (सत्य) हैं। यदि कोई गलत बयान/कथन प्रमाण पत्र आदि है तो मेरी आवेदन पत्र को खारिज कर दिया जा सकता है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में वर्णित है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में इस मदद के लिए, पूर्ण या आंशिक रूप से किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से मदद नहीं ले रहा हूँ और न ही भविष्य 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 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 is this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या मोहरा की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) आवेदक शर्तों की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में घोषित करें, जहाँ "कोशिका" दान, मदद, चिकित्सा दान, उद्देश्य से मुझे उपचारित करने और उद्देश्यों के लिए किसी भी प्रकार का प्रचारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे प्रारूप में पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी प्रकार के उद्देश्यों के लिए प्रचारित करने का हकदार नहीं होगा। इस प्रारूप में "कोशिका" दान, मदद, चिकित्सा दान, उद्देश्यों का निर्णय केवल और केवल फाउंडेशन द्वारा होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा 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.

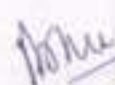
हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से यहाँ घोषणा की जाती है कि "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) वित्त प्रकरण से मदद न कर सकते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उठाया जायेगा जब तक कि "कोशिका फाउंडेशन" से मदद प्राप्त नहीं की जाती है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जाती है तो हमें या से से है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से मदद प्राप्त की है तो हमें या से से है।

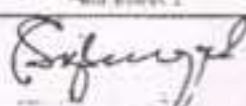
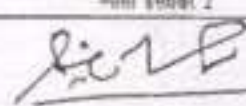
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्राप्त की जाती है, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। मेरी या हस्पताल द्वारा मेरी या हस्पताल या किसी भी उपाय/प्रक्रिया का चुनाव केवल मेरी या हस्पताल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए हस्पताल में मेरी या हस्पताल और मेरी या हस्पताल के बीच का विचार है और "कोशिका" को कोई भी दबाव या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संकेतित

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 05/08/27	 Dr. Ashwini Kumar MBBS MS FICO Reg. No. 68028 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इलाका संकेतित करें	  (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोदार 1 द्वारा हस्ताक्षर 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोदार 2 द्वारा हस्ताक्षर 
--	---