

17/09/2017

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building Block of Life			
APPLICATION No.: 17/09/2017/0326		APPLICATION DATE: 04/09/2017			
NAME of APPLICANT: Phool Chand		AGE-YEARS: 75	SEX: M		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Durga Prasad					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: Main Bazar, Tehsil - Chhanda, Dist - Moshur, G.P., 201401					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: Same as above					
OCCUPATION: Store Keeper					
TOTAL ANNUAL INCOME: 18500/-		(Attach Proof of income) NA			
PAN No. XXXX XXXX XXXX					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No					
FAMILY DETAILS - नीचे दिए गए अनुसार					
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant	
1	Purva devi	35	F	Wife	
2	Rasul Masih	39	M	Son	
3	Haya devi	40	F	Daughter	
4	Dulam	49	F	Daughter	
5	Shobha devi	46	F	Daughter	
6	Shamsher	49	F	Daughter	
7	Kamlesh	40	F	Daughter	
8	Kishan	39	F	Daughter	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)					
BPL Card (Attach Card Copy)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy)		Ration Card (Attach Copy)	
Any Other Basis/Proof		Any Other Basis/Proof		Any Other Basis/Proof	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:					
Medical Reports/Prescriptions Attached					
Re - TMS					
CE - TMS					
Surgery - (E) JCS with IOL					
ASSISTANCE BEING AVAILABLE for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES					
NAME of OTHER SOURCE					
AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILABLE					
SCE H					



PASTE PHOTO HERE

(0326) Phool Chand

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा घोषणा करें)

- 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 प्रत्येक 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 सहायता यदि "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, इसका उपयोग उन्ही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रत्येक में मांग गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु, इस प्रत्येक की मदद से, इस दवा की आर्थिक या इलाज किसी किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न 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 in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रत्येक पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्याताओं" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रत्येक में घोषित हैं, इसे "कोशिका" दूरदर्शन, दूर, वाचनालय, दूरदर्शन से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को लाने किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रत्येक का विवरण मेरे प्रत्येक की मदद से करार के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्याता अधिकृत हैं।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित हैं उन्हें स्वतः सहायता का इलाज नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" दूरदर्शन न्याताओं का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

[Signature]

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/concluded 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 यह घोषणा की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या से रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता/वित्तियत उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मांग हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्ति अधिकृत/सकल हेतु कानून की कानून है तो आवश्यक किसी अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता वित्तियत मदद/उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेना/लेनी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तियत प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुझा और आने जाने की सभी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भुक्तिक या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

5/9/14

Dr. Ashwini Kumar
MBBS MS FICO
Reg. No. 66028

Time _____
Date _____

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व टिके नं.

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

जब व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION - आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्याता हस्ताक्षर 1

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्याता हस्ताक्षर 2

[Signature]