

C17/10/0141

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: १/1013/0457 आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE: 12/10/017 आवेदन तिथि	
NAME of APPLICANT: Bhikki आवेदक का नाम		AGE-YEARS 65 उम्र-वर्ष	SEX M लिंग
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Hansalal पिता/कटुम्भ का नाम		PASTE PHOTO HERE	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: Vill - Radai, Po - Binaawan, Tehsil - Chhata वर्तमान आवासीय पता		Pocob Poxtop	
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: Same as above स्थायित्व आवासीय पता		(0457) Bhikki	
OCCUPATION: Farmer व्यवसाय		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न) NA	
TOTAL ANNUAL INCOME: 21000/- कुल वार्षिक आय			
PAN No. स्वयं खाली संलग्न			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगायें)		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
1	Shanti	60	F
2	Ramekh	37	M
3	Sumit	35	M
4	Sankar	28	M
Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध			
Wife			
Son			
Son			
Son			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति 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 विनती का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न		
	RE - IMSC		
	LE - IMSC		
	Surgery - (RE) Sica with Tol		
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?			
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशि	
1	SCCH		

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा यह:

- DECLARATION by APPLICANT:** आवेदन द्यार घोषणा करः
- 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 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 expenses 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 सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि सहायता यदि "कोशिका फाउंडेशन" से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पता लगाया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि बिना सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आंशिक या संपूर्ण निस्त किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लेंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (signature and stamp)

- 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न का अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शदक) अपनी संपत्ति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके भ्रातृवों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में दिया है, उसे "कोशिका" एवम् भ्रातृवों, दान, वाचनादि द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सम्मान से प्रशस्ति करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण में इसका कोई फल या नतीजा देने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व भ्रातृवों अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है, उसे सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके भ्रातृवों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक की समझना या ओम्ति का विधान

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल 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, इसकागरी की ओर से आपसे/हमारे को "कॉलिका आउटरीच" से मिलित सहायता हेतु विनम्रता से कहते हैं, जिसे हम (इसकागरी) निम्न प्रकार से धन व स्वीकार करते हैं।

- [illegible]

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

13/10/07

Dr. Ashwini Kumar
MBBS MS FICO
Reg. No. 65028
Time _____
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
रजिस्ट्रार का नाम व हस्ताक्षर व सील

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
मुख्य चिकित्सक/हॉस्पिटल अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी इस्ताफर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2