

17/09/0181

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE		(Healthcare)		Koshika foundation	
सहायता हेतु आवेदन फार्म		(स्वास्थ्य देखभाल)		Building block of life	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :		v/1017/0464		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : 12/10/17	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम		chameli		AGE-YEARS आयु-वर्ष	SEX लिंग
				80	F
FATHER'S-SPOUSE'S NAME : पिता/पत्नी का नाम		Tulaxam			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता					
H.No-185, Vill-Akhayapur, Tehsil-Khujana Dist-Bulandshahr					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता					
Same as above					
OCCUPATION : व्यवसाय : House wife					
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय : NA				(Attach Proof of Income) (आय का सबूत संलग्न) NA	
PAN No. : स्थायी आयदाता संख्या					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय का दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं) Yes / No हाँ / नहीं ✓					
FAMILY DETAILS : परिवार विवरण					
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध	
1	Mukhtam Singh	18	M	husband	
2	Imamda Singh	50	M	son	
3	Brij Mohan	40	M	son	
4	Radha	40	F	daughter	
	Suman	35	M	son	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये किसी आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नोटे 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 साधन					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विवरण का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
	RE - TMIC				
	LE - TMIC				
	Surgery - (LE) Sics with fol				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से लिया गया हो?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशि	
1	SCFH				



Preep Postop
(0464) Chameli

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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.
- 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.
- 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.
- मेरी घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी में अनुसृत सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं/अथवा जानकारी सत्य नहीं है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- मेरी घोषणा है कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिलेगी, उसे केवल उसी उद्देश्य के लिये ही प्रयोग किया जायेगा, जो इस प्रकरण में माँगा गया है।
- मेरी घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी अन्य स्रोत से इस सहायता की राशि का पूरा या आंशिक रूप से वापस नहीं लेऊँगी और न ही भविष्य में ऐसा करूँगी।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा करार)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/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.
- 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.
- इस प्रकार या अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके त्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार में प्रसारित हों, जहाँ "कोशिका" द्वारा प्रसारित की जाने वाली छवि, पत्र, पत्रिका/या अन्य उद्देश्य से जुड़ी प्रचारितियों और प्रसारितियों के लिये किसी भी प्रकार सामग्री में शामिल करने के लिए अधिकृत है। मेरी इसका विवरण मेरी इच्छा के बावजूद या फिर मैं चाहने के बिना "कोशिका फाउन्डेशन" या किसी अधिकृत है।
- मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य के प्रचारित में प्रसारित हों, उसका प्रसारण या प्रकाशन मेरी इच्छा के बावजूद या "कोशिका" द्वारा प्रसारित की जाने वाली छवि और सामग्री होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनक की हस्ताक्षर या बायाँ हाथ की छाप



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:
- 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 its 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.
 - 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- जहाँ अधिकृत, हस्ताक्षर की और से करनेवाले को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं।
- हम कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार से हमसे या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करनेवाले से लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/किसी प्रकार से सहायता के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रसारित की जा रही है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है तो हमें अपने आप से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता वित्तीय प्रकार से प्राप्त करनेवाले हेतु किसी भी प्रकार से हमें या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेनेवाले।
 - "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमें या हमारे अपने उपचार/प्रक्रिया का चुनाव हमारे अपने हस्तगत है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हमें अपने को इसका सुझाव और अपने अपने को सही निर्णय लेने एवं हमें अपने को सही और "कोशिका" की कोई भी सहायता या निर्णय हेतु हमें अपने से नहीं लेनी।

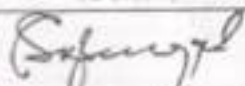
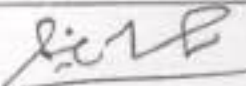
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए सिफारिश

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 13/10/17	Dr. Ashwini Kumar Reg No. 65028 (J) (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका के पता व	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हम व पर हमारा अधिकृत अधिकारी
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 प्राप्त हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 प्राप्त हस्ताक्षर 2 
--	---