

C18/01/0125

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम		AGE-YEARS : वय-वर्ष	SEX : लिंग
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/हस्ताक्षर का नाम			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता			
Banshi, Bahazpur			
Dist- Bhojpur (Raj - 321403)			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता			
same as above			
OCCUPATION : व्यवसाय			
Farmer			
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य सिलान)	
19000/-		NA	
PAN No. : सफाई खाता संख्या			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)			
Yes / No हां / नहीं			
FAMILY DETAILS : परिवार विवरण			
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग
1	Kushanti	45	F
2	Phayan Singh	25	M
3	Jeetu	20	M
Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध			
Wife			
Son			
Son			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशन के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रिंट सिलान करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रिंट सिलान करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रिंट सिलान 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 प्रविष्टि/दवा सूची सिलान		
	KE -> TMS		
	LE -> RP		
	Surgery -> (KE) SURS WITH TMS		
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	S.C.E.H		



Preop Postop

(0734) Tofani

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा की:

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 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, for which this assistance is requested.

1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन माना गया जहां मैंने मेरी सहायता जिसकी मैंने मांगी है।

2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से ही मैंने मदद मांगी है, क्योंकि अन्यथा किसी अन्य स्रोत से मदद मांगने से मेरी मदद मांगने का उद्देश्य ही नहीं रहेगा।

3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने भविष्य में इस मदद के लिए किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से मदद मांगने की योजना नहीं बनाई है और मैं इस मदद के लिए ही मदद मांग रहा हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा करार)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-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 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.

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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपने अधिकारों की घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में घोषित हैं, जहाँ "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मांगी गई मदद, या कर्मचारी द्वारा भविष्य में मेरी मदद मांगने के लिए उपयोग किया जा सकता है। मैंने मांगी मदद के लिए ही मदद मांग रहा हूँ।

2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउंडेशन" के अधिकारों में घोषित है। मैंने मांगी मदद के लिए ही मदद मांग रहा हूँ।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदनक 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 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.

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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से घोषणा करने के "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु निर्धारित की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रश्न से सत्य व सही मानते हैं।

1) यह कि मैंने अभी तक और भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी स्रोत से नहीं मांगी है, जहाँ "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मांगी गई मदद, या कर्मचारी द्वारा भविष्य में मेरी मदद मांगने के लिए उपयोग किया जा सकता है। मैंने मांगी मदद के लिए ही मदद मांग रहा हूँ।

2) "कोशिका फाउंडेशन" से मेरी मदद मांगने का उद्देश्य ही नहीं रहेगा। मैंने मांगी मदद के लिए ही मदद मांग रहा हूँ।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

12/01/2018

Dr. Ashwini Kumar
MBBS MS FICO
Reg. No. 66028
Time _____
Date _____

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

डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व सील व

(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

पहले हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

दूसरी हस्ताक्षर 2