

08/07/2018

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life.		
APPLICATION No.: 1/08/0392 आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE: 17/7/2018 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT: Chhatar Singh आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष 80	SEX लिंग M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Sh. Jivan Lal पिता/कटुमा का नाम				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता vill - Bheeda, P. - Baranuli, Mahawan Dist - Hathura, U.P-281301				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता Same as above				
OCCUPATION: Farmer व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: 22000/- कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) NA (आय का साक्ष्य संलग्न)		
PAN No. स्थाई 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 लगायें)				
FAMILY DETAILS परिवार विवरण				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	Vimla	75	F	Wife
2.	Saphedi	70	F	Wife
3.	Inetam	50	M	Son
4.	Tajwar	55	M	Son
5.	Dharmendra	40	M	Son
6.	Hanichand	45	M	Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विधि 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) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य				
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये निम्नी का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached असपताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
	RE - IMSC			
	LE - IMSC			
	Surgery - (RE) STICS WITH Tol			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी	
1.	SC&H			



Preop Postop

(0392) Chhatar Singh

**DECLARATION by APPLICANT:** **अभ्यर्थक द्वारा घोषणा है:**

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 amount for which this assistance is requested.

- 1) मैं सोचता करता हूँ कि इस प्रश्न में हिंदू धर्म के सभी विचारों में समानता को अनुसार माना एवं ली है। यदि कोई विचार एवं कथन अलग कहा जाता है तो मेरी सहानुभूति प्राप्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहानुभूति "कोसिका प्रशासन", से ली जा रही है, उसका उद्देश्य उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जावेगा, जो इस प्रश्न में परा गत है।
- 3) मैं पुनः कहता हूँ कि बिना सहानुभूति के यह प्रश्न ही नहीं है, उस लक्ष्य का अधिक या कम हित किसी अन्य धर्म/विचार/धर्म/कर्मों से न तो लिया है और न ही धर्म में नहीं।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्जितक 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 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 पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठी की साथ सचका, मैं (अवेदक) अपनी सहायता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायियों" को अधिभूत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोर्टे और को विवरण इस प्रश्न में प्रेषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायी, राज, साधक/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के विषये किसी भी प्रकार सहायता से प्रभावित करने के लिए अधिभूत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पत्रों या खर में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायी अधिभूत है।
- 2) मैं (अवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोर्टे और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है जुझे स्वतः सहायता का हकदार नही बनता। इस संबंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यायियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आवेदक के हस्ताक्षर या मुद्रा का स्थान

आवेदक की हस्ताक्षर या ओरों का निधान

AGREEMENT by HOSPITAL (एग्रीमेंट होस्पिटल)

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.

इसका अर्थ है कि हमें अपने जीवन में जो कुछ भी करनी है, उसे करने के लिए तैयार रहना चाहिए।

- 1) यह कि न तो सार्वजनिक और न ही पब्लिक में विविध सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रोत से उठा रोगी/घरमले में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से निपटार/सिद्धि उठा के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मरदर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विविध अतिरिक्त/सकल हेतु मांगतु नहीं किया जाता है तो असमत्त किन्ती अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखा है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि असमत्त द्वितीय मरदर उठा रोगी/घरमले हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाटनेशन" से ही यह सादृश्य कोशक विविध प्रकृति की है। रंगी पर हल्कालत इत परी यह सलत का बिन्दे गले उपकार/प्रक्रिया का पुनरु रंगी एवं हल्कालत को बीच का विषय है और "कोशिका फाटनेशन" इत किसी प्रकल का कोई दशक नही है। इसलिये हल्कालत में रंगी के इतलक मुरादा और आने जाने की सारी बिन्देदारी रंगी यह हल्कालत की होनी और "कोशिका" की कोई दुमिका या बिन्देदारी इत सलत में नही होनी।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

स्वीकृती जे लिप संस्तुति

ऑपरेशन को लॉन्ग

18/07/2018

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

डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व मुद्रा

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

नाम य पद हस्यताल अधिकृत उपस्थिति

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

ज्यामी इमलावर १

ज्यामी इमलावर १

न्यासी हस्ताक्षर 2

न्यासी हस्त्याक्षर २