

C18/12/0072

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building Block of Life		
APPLICATION No.: A/1218/0643 आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE: 15/12/18 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT: Poojan Mal आवेदक का नाम		AGE-YEARS: 42 वर्ष	SEX: M लिंग	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Jagan Ram पिता/हस्ताक्षर का नाम				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वसतिगृह अवस्थान पता Village - Balanagar, Talu - Bangalore				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी अवस्थान पता as above				
OCCUPATION: Farmer व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: 70000 वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) NA (आय का साक्ष्य संलग्न)		
PAN No. NA				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो अन्य हो उस पर चिह्न लगाएं) Yes (हाँ) / No (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	Rupesh	21	M	Son
2	Simran	15	M	Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विधि आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेटा 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)		Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये निम्नलिखित उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
1	Diagnosis - NE - IMSC LE - IMSC			
2	Surgery - LE - SICCS + IOL			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जो गई सहायता राशि		
1	SCPM			



12000 Post of
0643 Poojan
Mal

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शिका द्वारा घोषणा पत्र)

- 1) I hereby declare 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 rescission/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.
- 4) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान प्रस्तुत किया जाय तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 5) मैं दृढ़ता से सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से भी जा रही है, इसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जायेगा, जो इस प्रारूप में प्रस्तुत किया है।
- 6) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं सहायता हेतु या उद्देश्य को नहीं हूँ, उस राशि का अधिकतम या कम हिस्सा किसी अन्य संगठन/निर्माता/बीमा कंपनी से न ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शिका द्वारा सहमति)

- 1) 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.
- 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.
- 3) इस प्रारूप पर अपनी हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शिका) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में जोड़ सकते हैं, जो "कोशिका" द्वारा, कभी कभी दूरदर्शन से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार प्रचारण से प्रेरित करने के लिए अधिकृत है। मैं इसका उपयोग मेरे उद्देश्य के पूरा होने के बाद से करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से नहीं अधिकृत हूँ।
- 4) मैं (अर्शिका) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी सहायता के उद्देश्य से प्रसारित करने के लिए सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उपलब्ध गतिविधियों का निर्णय अंतिम और अपरिवर्तनीय होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शिका के हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा सहमति)

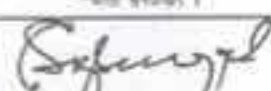
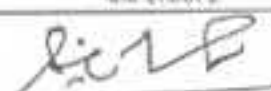
- By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any 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.
- इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की और से सम्बन्धित करने "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी के सम्बंध में किसी अन्य संगठन से उम्मीद की जायेगी, जो हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश के बिना ही "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकृत/अन्य हेतु मदद की जाय तो हमें अस्पताल किसी अन्य रोगी के सम्बंध में किसी अन्य संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वारा मदद उम्मीद करने हेतु किसी भी रोगी के सम्बंध में किसी अन्य संगठन से नहीं लेना/लेना।
 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से भी मैं सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सलाह का निर्णय हमें उपचार/प्रक्रिया का चुनाव लेनी एवं हस्पताल को रोगी का विवरण है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी के उपचार सुचारु और जारी करने को जारी बिना किसी भी एवं हस्पताल को रोगी और "कोशिका" को कोई दबाव या बिना किसी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

हस्ताक्षर करने वाले हस्ताक्षर

Date of Surgery अपेक्षा की तिथि 14/12/18	Dr. Dharm Singh (Name of the Sign. No. with Stamp) हस्ताक्षर करने वाले हस्ताक्षर	KASSEY (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हस्ताक्षर करने वाले हस्ताक्षर
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अर्शिका द्वारा उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नाम हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नाम हस्ताक्षर 2 
--	---