

C18/10/0598

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika Foundation Building Block of Life		
APPLICATION No.: V/1218/0858		APPLICATION DATE: 04/12/018		
NAME of APPLICANT: Shila Devi		AGE-YEARS: 65	SEX: F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Daya ram		 Preop Postop (0858) Shila Devi		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: Veen Nagar, Puna Kalam				
DIST: Hathras, U.P. 204101				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: Same as above				
OCCUPATION: Homemaker		MARRIED () / UNMARRIED ()		
TOTAL ANNUAL INCOME: NA		(Attach Proof of Income) NA		
PAN No. ()				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No				
FAMILY DETAILS				
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant
1.	Shila Devi	65	F	Self
2.	Rakesh	37	M	Son
3.	Ramesh	32	M	Son
4.	Shyam	30	M	Son
5.	Sudha	29	F	Daughter
6.	Raksha	29	F	Daughter
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)				
BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:				
Medical Reports/Prescriptions Attached				
RE - TMAL				
LE - TMAL				
Surgery - @ SACS + TOL				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES				
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED		
1	SCCH			

DECLARATION by APPLICANT: (अर्थिक सहायता के लिए)

- 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, if any, 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 यहाँ पर बताना हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मैं इसे सफलता प्राप्त कर सकूँगी।
- 2) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जायेगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं किसी भी अन्य सहायता से न लाभ ले रहा हूँ, जो कि किसी भी अन्य सहायता से न लाभ ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लेऊँ।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्थिक सहायता के लिए)

- 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.
- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या बायाँ हाथ की छाप लगाकर, मैं (अर्थिक सहायता के लिए) यहाँ पर बताना हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन" और इसके ट्रस्टियों को अपने नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रश्न में बताये हैं, जो कि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा अपने नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण के माध्यम से अपने उद्देश्य के लिए लोगों को सूचित करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" को सक्षम करेगा।
- 2) मैं (अर्थिक सहायता के लिए) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि "कोशिका फाउंडेशन" को सहायता के लिए दिये जा रहे हैं, वे स्वतः ही "कोशिका फाउंडेशन" को सक्षम करेगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्थिक सहायता के लिए या बायाँ हाथ की छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (अर्थिक सहायता के लिए)

- 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.

- हम यहाँ पर बताना हूँ कि हम "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश कर रहे हैं, जो कि हम (हस्पताल) वित्तीय सहायता से लाभ नहीं कर रहे हैं।
- 1) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश कर रहा हूँ, जो कि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता हेतु सिफारिश कर रहे हैं। मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश कर रहा हूँ, जो कि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता हेतु सिफारिश कर रहे हैं। मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश कर रहा हूँ, जो कि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता हेतु सिफारिश कर रहे हैं।
 - 2) "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। मेरी या हस्पताल द्वारा दी गई सहायता के बिना मैं अपने उपचार/प्रक्रिया का चुनाव नहीं कर सकता। मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश कर रहा हूँ, जो कि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता हेतु सिफारिश कर रहे हैं। मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश कर रहा हूँ, जो कि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता हेतु सिफारिश कर रहे हैं। मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश कर रहा हूँ, जो कि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता हेतु सिफारिश कर रहे हैं।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

अर्थिक सहायता के लिए अनुमति

Date of Surgery
अपेक्षा की तिथि

05/12/18

Dr. Ashwini Kumar
MBBS MS FICO
Reg. No. 66028

(Name of Dr. & Regn. No.)
डॉक्टर का नाम व रजि. नं.

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अर्थिक सहायता के लिए)

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामो हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामो हस्ताक्षर 2