

C10/11/0493

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building Block of life	
APPLICATION No.: <u>✓/1218/0864</u>		APPLICATION DATE: <u>05/12/08</u>	
NAME of APPLICANT: <u>Matola Devi</u>		AGE-YEARS: <u>77</u>	SEX: <u>F</u>
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: <u>D/o - Ram Singh</u>			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: <u>D-Block, Ranjeet Nagar</u>			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: <u>Same as above</u>			
OCCUPATION: <u>Housewife</u>		MARRIED (Yes/No) / UNMARRIED (Yes/No): <u>NA</u>	
TOTAL ANNUAL INCOME: <u>NA</u>		(Attach Proof of Income)	
PAN No. <u>XXXX XXXX XXXX</u>		(Attach Proof of Income)	
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): <u>Yes / No</u>			
FAMILY DETAILS			
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender
1.	<u>Ram Singh</u>	<u>late</u>	<u>M</u>
2.	<u>Munim</u>	<u>39</u>	<u>M</u>
3.	<u>Harshu</u>	<u>44</u>	<u>M</u>
4.	<u>Ratan</u>	<u>29</u>	<u>M</u>
5.	<u>B.P. Singh</u>	<u>34</u>	<u>M</u>
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)			
BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Card Copy)	Any Other Basis/Proof
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:			
Medical Reports/Prescriptions Attached			
<u>FE - TMC</u>			
<u>LE - TMC</u>			
<u>Surgery - (LE) SICK + 20L</u>			
ASSISTANCE BEING AVAILABLE for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES			
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILABLE	
1	<u>FEH</u>		



Proof Photo

(864) Matola Devi

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शिका फाउंडेशन के लिए)

- 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.
- 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.
- मैं यहाँ पर बताना हूँ कि इस प्रस्ताव में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मैं यहाँ पर बताना हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल मेरे द्वारा बताये गये उद्देश्य के लिए किया जाएगा, जो इस प्रस्ताव में सत्य एवं सही है।
- मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं इस सहायता हेतु किसी भी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न तो रिफंड ले रहा हूँ और न ही भविष्य में ऐसा करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शिका फाउंडेशन के लिए)

- 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.
- 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 मैं अपने इलाका या क्षेत्र के इस समुदाय, मैं (अर्शिका) अपनी छवि और विवरण को "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार में प्रसारित करें, जैसे "कोशिका" दूरदर्शन, रेडियो, पत्रिकाएं, पत्र, या अन्य किसी भी माध्यम से। इसका उपयोग कोशिका फाउंडेशन और/या इसके गतिविधियों/उत्पत्तियों के बारे में जानकारी के लिए किया जा सकता है।
- मैं (अर्शिका) और अधिकार करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण के बिना सहायता के प्रदान करने से मेरी "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता प्राप्त करने का कोई भी अधिकार नहीं रहेगा। इस सहायता का फैसला केवल कोशिका फाउंडेशन के ट्रस्टी ही कर सकते हैं और उनका निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शिका के हस्ताक्षर या बाएं 엄指 का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा स्वीकृति)

- By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.
- इससे अधिकृत, हमारा यहाँ पर स्वीकृति है कि "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु निम्नलिखित की जा रही है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से स्वीकार कर रहे हैं।
- यह कि न तो हमारा और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और स्रोत/नियोक्ता या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिए कोशिका फाउंडेशन से मदद लेने के लिए है, जैसे कि हम "कोशिका फाउंडेशन" से मदद ले रहे हैं। यदि कोशिका फाउंडेशन द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमारा हॉस्पिटल कोशिका फाउंडेशन से मदद लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस प्रकार हम स्वीकार कर रहे हैं कि सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है।
 - "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता मिले, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमारे हॉस्पिटल द्वारा दी गई सहायता या बिना कोशिका फाउंडेशन के सहायता के बिना कोशिका फाउंडेशन से सहायता प्राप्त करने का कोई भी अधिकार नहीं रहेगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए सिफारिश

Dr. Ashwini Kumar

MBBS MS FICO

Reg. No. 86028

Time

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

हस्ताक्षर या नाम व इलाका या क्षेत्र का

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

हस्ताक्षर या नाम व इलाका या क्षेत्र का

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अर्शिका फाउंडेशन के लिए)

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नामो हस्ताक्षर 1

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामो हस्ताक्षर 2

[Signature]