

C18/11/0495

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building Blocks of Life	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	V/1218/0871	APPLICATION DATE : आवेदन तिथि	05/12/2018
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम :	Jamuna	AGE-YEARS : उम्र-वर्ष	60
		SEX : लिंग	F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/पति का नाम :	D/o - Samaliya		 Before Photo After Preop Postop (0871) Jamuna
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता			
H.No - 322/58, Laxmi Nagar			
Dist Mathura U.P. 281001			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता			
Same as above			
OCCUPATION : व्यवसाय	Housewife	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय	NA	(Attach Proof of Income) (आय का सबूत संलग्न)	NA
PAN No. : यदि कोई हो			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं? (को मानें जो उचित हो या नहीं का चिह्न लगाएं)			
Yes / No हां / नहीं			
FAMILY DETAILS : परिवार विवरण			
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग
1.	Samaliya	69	M
2.	Vijay	23	M
3.	Rajeshwar	20	M
4.	Kedari	Late	M
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये चिह्नी आधार			
BPL Card (Attach Card - Copy) एचबी कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई आधार
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे गये किसी का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न		
	RE - T.MAC		
	LE - T.MAC		
	Surgery - (RE) Sick + To L		
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 कितनी राशि सहायता मिली	
1	REH		

DECLARATION by APPLICANT: (अर्पणक द्वारा घोषणा)

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं इससे घोषणा करती हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, इसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति में मिले बिना नहीं करूँगा, जो इस प्रपत्र में सत्य एवं सही है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करती हूँ कि मैंने आगे चलकर किसी भी अन्य स्रोत/रोजगारकर्ता/बीमा कम्पनी से वही राशि नहीं और न ही अधिक नहीं लूँगी।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पणक 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.
- 1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (अर्पणक) अपनी सहमति की घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" और उसके ट्रस्टियों को मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में वर्णित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा, मुद्रित, चित्र, चित्रण, दूरदर्शन व सुदूर संचारण के माध्यमों से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे हस्ताक्षर के बिना या बिना मेरे नाम के बिना "कोशिका फाउन्डेशन" व अन्यत्र अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्पणक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रसारित है मुझे सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उसके ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION
अर्पणक की हस्ताक्षर या अंगुली 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.
- हस्ताक्षर करके, हमारा यहाँ, हमारे अधिकृत हस्ताक्षरकर्ता की ओर से हस्ताक्षर करके, हम (हस्पताल) निम्न प्रपत्र के माध्यम से स्वीकार्य करते हैं।
- 1) कि हम न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वही राशि लेंगे जो हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त करने के लिए प्रार्थना की जा रही है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अन्य स्रोतों से वही राशि लेंगे। यह पुष्टि करने के लिए कि हम "कोशिका फाउन्डेशन" से वही राशि लेंगे, हमें यह स्वीकार्य करना पड़ेगा कि हम "कोशिका फाउन्डेशन" से वही राशि लेंगे।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता हमें मिलेगी, वह केवल वित्तीय प्रकृति की होगी। हमारे द्वारा रोगी के लिए चिकित्सा प्रक्रिया का चुनाव हमारे द्वारा ही होगा और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं होगा। इसलिए हमारा यहाँ हमें वही सहायता प्राप्त होगी और "कोशिका" को कोई दबाव नहीं मिलेगा कि हमें वही सहायता मिलेगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Dr. Ashvini Kumar
MBBS, MS, FICO
Reg. No. 66028
Time

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप

(Name, Designation & Stamp of Hospital's Signatory on behalf of Hospital)
हस्पताल के अधिकृत अधिकारी



FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नम्बर 1 हस्ताक्षर

(Signature of Trustee 1)

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नम्बर 2 हस्ताक्षर

(Signature of Trustee 2)