

C18/12/0086

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: 4/12/18/00877		APPLICATION DATE: 05/12/18	
NAME of APPLICANT: Anand Devi		AGE-YEARS: 63	SEX: F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: D/O - Pyarelal			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: Ghatampur, Naderpur, Dist - Hathras, UP - 2031308			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: Same as above			
OCCUPATION: Housewife		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
1.	Ram Sahay	38	M
2.	Yogendra	39	M
3.	Kuldeep	33	M
4.	Manoj	29	M
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable):			
EPL 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			
Sr. No.	Purpose		
1.	RT - IMAC		
2.	LE - IMAC		
3.	Surgery - () Dis + IMAC		
ASSISTANCE BEING AVAILABLE for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES:			
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILABLE	
1.	SCH II		



Precap Postop

(0077) Anand Devi

DECLARATION by APPLICANT: NONE DE NOTED

- 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.
- 4) मैं यहाँ पर बताना चाहूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरे 'उद्देश्य' के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं/अथ अलग-अलग बात बताई है तो मेरे उद्देश्य विवरण को यह सही है।
- 5) मैं यहाँ पर बताना चाहूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से जो राशि मिलेगी, उसका उपयोग मैं केवल उसी उद्देश्य के लिए करूँगा/करूँगी, जो इस प्रश्न में पूछा गया है।
- 6) मैं यहाँ पर बताना चाहूँ कि मैं इस सहायता से या इसकी मदद से, उस राशि का अधिक या समान विवरण किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले रहा हूँ/ले रही हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (above) (SEE NOTE)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-upreproduce 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 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 द्वारा मैं अपने स्वीकारा जा सकने की बात समझकर मैं (आवेदक) अपनी जानकारी को सचिद्रूप करते हुए "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकार में प्रेषित है, उसे "कोशिका" द्वारा न्यासीय, चार, सम्बन्धित सुनने उत्प्रेरण के सुशी परिधिनिर्धार और उपलब्धियों के निमित्त किसी भी उचित माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। ये द्वारा का विवरण यदि इसका वह पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि कदाचित् के उत्प्रेरणों से प्रेषित है मुझे स्वतः आसक्ति का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसकी व्यवस्था का निर्णय अंतिम और अप्रत्यक्षणी होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION _____

... ..

AGREEMENT by HOSPITAL (WHICH IS NOT)

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:

- 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.

क्याईं अर्थहीन, वस्तुवादी की ओर से समर्थित होने को "बौद्धिक आत्महत्या" से मिलित समझा है। विचारिता की बात है, जिसे हम (कामगार) फिर युद्ध से युद्ध में लड़ना चाहते हैं।

- 17) यह कि न ही कौनसा और न ही कौनसे में विविध व्यवस्था किसे या कसकरी सम्पन्न या किसे अन्य माल में उक्त परिभाषाओं में होने या हो रहे हैं, जैसे कि इनमें "कौशल्य कसकरी" के विधिविधित्वों उक्त में सम्पन्न में "कौशल्य कसकरी" द्वारा माल हेतु कि है। और "कौशल्य कसकरी" द्वारा माल किसे कौशल्यकसकरी हेतु माल गरी किसे माल है तो सम्पन्न किसे अन्य या कसकरी माल या किसे अन्य सम्पन्न में मालमाल होने का कौशल्य कसकरी माल है। इस माल में माल कसकरी माल है कि सम्पन्न विविध माल उक्त परिभाषाओं हेतु किसे या कसकरी माल या किसे अन्य माल में गरी लोचललली।
- 18) "कौशल्य कसकरी" में ही यह मालमाल किसे विविध प्रवृत्ति की है। रोने या सम्पन्न द्वारा ही यह माल या किसे यह सम्पन्नकसकरी या मालमाल गरी यह सम्पन्न में ही माल या माल है और "कौशल्य कसकरी" द्वारा किसे माल का माल माल गरी है। इसमें सम्पन्न में रोने में माल माल और माल माल ही माल मालमाल में रोने और "कौशल्य" की माल माल या किसे माल माल माल में गरी माल।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

સાથમાં એક નિમ્ન સંચાલિત

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

07/12/018

Dr. Ashwini Kumar
MBBS, MS, FICO
Reg. No. 65028
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory
on behalf of Hospital)
डा. व. व. गणेश अहिराजी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE :
जयमी इमाशा ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
