

C17/04/0116

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life	
APPLICATION No.: 4/12/8/0883		APPLICATION DATE: 06/12/018	
NAME of APPLICANT: Basanti Devi		AGE-YEARS: 61	SEX: F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: 010 - Lateen			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: Mahesh, Meho			
Dist - Hoshiarpur UP - 209012			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: Same as above			
OCCUPATION: Housewife		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: NA		(Attach Proof of Income) NA	
PAN No. NA			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No			
FAMILY DETAILS			
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender
1	Sundayal	65	M
2	Pankaj	40	M
3			
4			
5			
6			
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
गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र	अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र	उपभोक्ता कार्ड	अन्य कोई प्रमाण
(प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	(प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	(प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE			
सहायता हेतु किने गये किसी का उपकरण:			
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached		
1	RE - RP		
2	RE - IMAC		
3	Surgery - (CE) SCL + IOL		
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES			
इस उपकरण के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली जा चुकी है?			
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED	
1	SCEH	सी 100 सहायता नहीं	



Preop Postop

(0883) Basanti Devi

DECLARATION by APPLICANT: (अर्पणकर्ता द्वारा घोषणा करें)

- 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 cost for which this assistance is requested.
- 4) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में मिलने वाले सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं प्रमाणित होता है तो मेरी प्रार्थना निराकार की जा सकती है।
- 5) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से मिलने वाला पैसा, केवल उद्देश्य के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग किया गया है।
- 6) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो किसी भी और न ही भविष्य में मुझे

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पणकर्ता द्वारा सहमति)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publicize/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.
- 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 प्रकरण पर अपने इलाका या अंतर्गत की जाय सम्पत्ति, मैं (अर्पणकर्ता) अपनी स्मृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका" दूरदर्शन, पत्र, पत्राचारक द्वारा गरीबों से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार का प्रचार करने में प्रयत्न करने के लिए अधिकृत है। मैं प्रकरण का विवरण को प्रकाशित करने या नहीं करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से नगदी अधिकृत है।
- 4) मैं (अर्पणकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सावधानी से संभालेंगे और प्रकाशित करने के लिए मुझे सहायता का प्रस्ताव नहीं देंगे। इस प्रकरण में "कोशिका" दूरदर्शन, पत्र, पत्राचारक द्वारा गरीबों को प्रचारित करने के लिए अधिकृत और प्रयत्नकारी होंगे।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्पणकर्ता के हस्ताक्षर या बाएं 엄指 का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमति)

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 its right to make up the shortfall from any other 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.

- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि हम न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में किसी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए प्रयास करेंगे, क्योंकि हम "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए प्रयास कर रहे हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" हमारे लिए वित्तीय सहायता नहीं प्रदान करता है, तो हम अपने शेष आवश्यकताओं को पूरा करने के लिए किसी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से मिलने वाली सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या रोगीगर्भ को उपचार के लिए जो प्रस्तावित प्रक्रिया का चुनाव होता है वह हॉस्पिटल के चयन का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" इस निर्णय को प्रभावित नहीं करेगा। इसलिए हॉस्पिटल को रोगी के उपचार के लिए पूर्ण ज़िम्मेदारी होगी और "कोशिका फाउंडेशन" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

अधिकृत "सिफ्ट" संस्तुति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 07/12/18	Dr. Ashwini Kumar MBBS, MS, FICO Reg. No. 88028 Tamil Nadu (Name of Dr. & Regr. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका नंबर के साथ	(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इलाका अधिकृत अधिकारी
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्गत प्रयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नम्बरी इलाका 1 <i>[Signature]</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नम्बरी इलाका 2 <i>[Signature]</i>
---	---