

C10/12/0142

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building blocks of life		
APPLICATION No. आवेदन संख्या : ✓/1218/0887		APPLICATION DATE: आवेदन तिथि 06/12/018		
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम Gauridhani		AGE-YEARS वर्ष 73	SEX लिंग F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/सहोदर का नाम D/o - Chunni Lal		 Before Photo After Preop Postop (0887)Gauridhani		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता Sukia, Sukia Kalan, Gurgaon District of Mathura, D.P., 281205				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता Same as above				
OCCUPATION: <u>House wife</u>				
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय NA		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न) NA		
PAN No. <u>NA</u>				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाखल हैं? (जो लागू हो उसे 'X' में चिह्नित करें) 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	Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध
1	Rampursingh	late	M	Husband
2	Ramdukt	39	M	Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) आवेदन के लिये निम्नी आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रक़ के नीचे आता हूँ (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य				
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: आवेदन के लिये निम्नी का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न			
	KE - DSC			
	LE - RP			
	Surgery - (R) Side + IOL			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के लिये कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिए गया है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED हो गई सहायता राशि		
1	SCCH			

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा घोषणा पत्र:-)

- 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य वास्तविकता का नहीं है तो मेरी प्रार्थना निरास की जा सकती है।
- 2) मैं इससे अधिकृत हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में मांग किया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो मिल रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा सहमत)

- 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 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.
- 1) इस प्रकार पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायिक" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार से प्रकाशित करें, जैसे "कोशिका" दवा, न्यायिक, चर्चा, साक्षात्कार, दूरदर्शन, रेडियो, पत्रिकाएँ और इलेक्ट्रॉनिक मीडिया के माध्यम से। इससे प्राप्त होने वाले दानों के लिए, कोशिका फाउन्डेशन को इसका अधिकार है। मेरी इस सहमति के अंतर्गत मेरे नाम या पता से किसी भी तरह "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यायिक अर्शक है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी शर्त के प्रकाशित करने के लिए मेरी सहमति है। मेरी सहमति का अर्थ यह नहीं है कि "कोशिका" दवा, न्यायिक न्यायिक या न्यायिक अधिकार और साक्षात्कार होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा सहमत)

- 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 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से प्रमाणित करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु निवेदन की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं:

- 1) यह कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिए अनुरोध कर रहे हैं, जब तक कि हम "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए अनुरोध करते हैं। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हम अपने अल्पता को पूरा करने के लिए अन्य स्रोतों से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस पुष्टि के अंतर्गत हम मान्यता प्रदान करते हैं कि हमारे पास वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए किसी भी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित है।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता मिले, वह केवल वित्तीय सहायता को है। हमारे पास सहायता प्राप्त करने के लिए सहायता प्रदान करने का अधिकार सुरक्षित है। हमारे पास सहायता प्रदान करने का अधिकार सुरक्षित है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी भी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। हमारे पास सहायता प्रदान करने के लिए सहायता प्रदान करने का अधिकार सुरक्षित है और "कोशिका" को कोई दायित्व या जिम्मेदारी नहीं है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

समीक्षा के लिए संस्तुति

Dr. Ashwini Kumar
MBBS MS FICO
Reg. No. 65028

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

(Name, Designation & Stamp of Hospital Authority)
हस्पताल के अधिकृत अधिकारी का नाम, पद, हस्ताक्षर और छाप



FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1
आरोपित 1

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2
आरोपित 2

[Signature]