

C18/12/0196

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building Block of life	
APPLICATION No. : 4/1218/0895		APPLICATION DATE : 10/12/018	
NAME of APPLICANT : Jaswant Singh		AGE-YEARS : 83	SEX : M
FATHER/SPOUSE'S NAME : S/O Dalaram			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : H.No-26, Artanani, Teh-Nahavari, Dist-Madhya P-281301			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : Same as above			
OCCUPATION : Unemployed		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			
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			
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:			
Medical Reports/Prescriptions Attached			
RF - IMSC			
LE - IMSC			
Surgery - (LE) SIC + IOL			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES			
NAME of OTHER SOURCE			
AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED			
S. No.			
1. SCBA			



Pecop Pecop

(0895) Jaswant Singh

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक 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 amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में मैंने सब सच कहा है। यदि कोई झूठा बयान होगा तो मेरी प्रार्थना प्राप्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिलेगी, उसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में मैंने बताया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता से किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो लेना चाहता हूँ और न ही भविष्य में लेना चाहता हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT: (आवेदक 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/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 मेरी हस्ताक्षर या अंगुली का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदार" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, इसे "कोशिका" द्वारा मुझे, या, कर्मचारियों द्वारा सूचना के माध्यम से सूची, प्रिंट, ईलेक्ट्रॉनिक और अन्य माध्यमों के माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण कोशिका फाउंडेशन के भरोदार या अन्य स्रोतों से मेरे लिए "कोशिका फाउंडेशन" से जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण कोशिका फाउंडेशन के भरोदारों के अधिकार हैं। प्रपत्र का प्रकाशित नहीं किया जा सकता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा जारी अधिकृत का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या बाएं अंगुली का छाप

प. सिवत

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 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/concluded 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.
- इससे अधिकृत, हमारे यहाँ के अधिकृत हस्ताक्षर करने वाले को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।
- 1) यह कि हम अभी और भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता नहीं ले रहे हैं, क्योंकि हम "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए प्रार्थना कर रहे हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हम अन्य स्रोतों से वित्तीय सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस प्रपत्र पर हस्ताक्षर करने का अर्थ यह है कि हमारे यहाँ के अधिकृत हस्ताक्षर करने वाले को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।
 - 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्राप्त होगी, उसे केवल वित्तीय सहायता के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में मैंने बताया है। हमारे यहाँ के अधिकृत हस्ताक्षर करने वाले को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए सिफारिश

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 11/12/18	<i>Dr. Ashwini Kumar</i> MBBS MS FICO Reg. No. 56028 Time (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप दें	(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) हमारे यहाँ के अधिकृत हस्ताक्षर करने वाले का नाम, पद और हस्ताक्षर
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

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