

C18/12/0194

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building blocks of life																																																								
APPLICATION No. : 11210/0897		APPLICATION DATE : 14/12/018																																																								
NAME of APPLICANT : Harishankar		AGE-YEARS : 70	SEX : M																																																							
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : Shri Mohan Lal																																																										
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : SIKH, Sahab																																																										
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : Dist Hathras U.P. 281301																																																										
Same as above																																																										
OCCUPATION : Farmer		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)																																																								
TOTAL ANNUAL INCOME : 18500/-		(Attach Proof of Income) NA																																																								
PAN No. : [Blank]																																																										
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No																																																										
Basis for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)																																																										
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Sr. No.</th> <th>Name of Family Member</th> <th>Age (Years)</th> <th>Gender</th> <th>Relation with Applicant</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Shanti</td> <td>67</td> <td>F</td> <td>Wife</td> </tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>				Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant	1	Shanti	67	F	Wife																																													
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant																																																						
1	Shanti	67	F	Wife																																																						
<table border="1"> <thead> <tr> <th>SPL Card (Attach Card Copy)</th> <th>EWS Certificate (Attach Certificate Copy)</th> <th>Ration Card (Attach Copy)</th> <th>Any Other Basis/Proof</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>गरीबी रेखा के नीचे अपना घर (अपना घर की जांच प्रति संलग्न करें)</td> <td>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (अपना घर की जांच प्रति संलग्न करें)</td> <td>रेशन कार्ड (अपना घर की जांच प्रति संलग्न करें)</td> <td>अन्य कोई साधन</td> </tr> </tbody> </table>				SPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof	गरीबी रेखा के नीचे अपना घर (अपना घर की जांच प्रति संलग्न करें)	अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (अपना घर की जांच प्रति संलग्न करें)	रेशन कार्ड (अपना घर की जांच प्रति संलग्न करें)	अन्य कोई साधन																																															
SPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof																																																							
गरीबी रेखा के नीचे अपना घर (अपना घर की जांच प्रति संलग्न करें)	अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (अपना घर की जांच प्रति संलग्न करें)	रेशन कार्ड (अपना घर की जांच प्रति संलग्न करें)	अन्य कोई साधन																																																							
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे एवं किससे का उद्देश्य:																																																										
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Sr. No.</th> <th>Medical Reports/Prescriptions Attached</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td>RE - TMAC</td> </tr> <tr> <td> </td> <td>LE - TMAC</td> </tr> <tr> <td> </td> <td>Surgery - (LE) Sica + TOL</td> </tr> </tbody> </table>				Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached		RE - TMAC		LE - TMAC		Surgery - (LE) Sica + TOL																																															
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached																																																									
	RE - TMAC																																																									
	LE - TMAC																																																									
	Surgery - (LE) Sica + TOL																																																									
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?																																																										
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Sr. No.</th> <th>NAME of OTHER SOURCE</th> <th>AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>SCPM</td> <td> </td> </tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>				Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED	1	SCPM																																																		
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED																																																								
1	SCPM																																																									

DECLARATION by APPLICANT (आवेदन दान प्रेषण पर):

- 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 प्रमाणित करता हूँ कि इस आवेदन में दिए गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य प्रमाण प्रस्तुत नहीं करता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इससे सहायता यदि "कोशिका फाउंडेशन" से ली जा रही है, उसका उपयोग उम्मीद करने की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस आवेदन में बताया गया है।
- 3) मैं प्रमाणित करता हूँ कि मैं इस सहायता से या उसके किसी भी हिस्से के लिए, भविष्य में किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो रिफंड ले और न ही भविष्य में लूंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन दान पर):

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post-up/produce 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 आवेदन पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने नाम, पता, तस्वीर और उद्देश्य "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस आवेदन में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका" दान, चर्चा, पत्र, वक्ताव्य रूपों आदि के माध्यम से प्रसारित करें और जानकारी के लिए किसी भी दान प्राप्त करने में मदद कर सकें।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित किया जा सकता है। सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस प्रमाण के "कोशिका" दान, चर्चा, पत्र, फोटो और विवरण को प्रकाशित करने और जारी रखने का अधिकार होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान


AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल दान पर):

- 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 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 arrangements 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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से हमारे/हमारे को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।
- 1) वह कि न तो हमारे और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और स्रोत से किसी अन्य रोगी के लिए या उद्देश्य के लिए या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तियत/सिफारिश उद्देश्य के अन्तर्गत "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती, तो हमारे/हमारे को सहायता के लिए अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि से हमें यह बताना है कि सहायता वित्तीय प्रकृति में है और कोशिका फाउंडेशन को इस मामले में कोई भूमिका नहीं होगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पिटल द्वारा दी गई सहायता का चयन रोगी के चिकित्सा उपचार के आधार पर किया जाता है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पिटल में रोगी के उपचार प्रकृति और अपने करने को जारी रखने की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी प्रदान करने में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संमति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 11/12/2018	Dr. Ashwini Kumar MBBS MS FICO Reg No. 66326 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका नंबर व छाप	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पिटल अधिकृत अधिकारी
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामों हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामों हस्ताक्षर 2
	