

C18/12/0216

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building blocks of life	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या :	V/1218/0910	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि	11/12/018
NAME of APPLICANT: आवेदन का नाम	Shanti Devi	AGE-YEARS वर्ष-वर्ष	63
FATHER/SPOUSE'S NAME: पिता/सहोदर का नाम	D/o - Dul Chand	SEX लिंग	F
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता		PHOTO फोटो	
Khufipuri, Maudan		Pratap Pratap	
Distt - Hathua, U.P., 201213		(0910) Shanti Devi	
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता			
Same as above			
OCCUPATION: व्यवसाय	House Wife	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय	NA	(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)	NA
PAN No. (आपका पैन नंबर)			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (को मान्य हो रहा है नहीं का चिह्न लगाएं)			
Yes / No हां / नहीं ✓			
FAMILY DETAILS परिवार विवरण			
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग
1	Khachari Singh	Late	M
2	Kariya	36	F
3	Maniya	Late	F
Relation with Applicant आवेदन के साथ संबंध			
Husband			
Daughter			
Daughter			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए किसी आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) फोटो रिकॉर्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWB Certificate (Attach Certificate Copy) आय कर का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे क्या वित्तों का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रीस्क्रिप्शन सूची संलग्न		
	RE - TMS		
	LE - TMS		
	Surgery - (RE) SCS + TMS		
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?			
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कोई राशि प्राप्त हुई है	
1.	SCHE		

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, if any, 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान दिया गया होगा तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस से सहायता यदि "कोशिका फाउण्डेशन" से मिलेगी तो मैं उसे केवल उद्देश्य के लिए ही प्रयोग करूँगा, जो इस प्रकरण में माँगा गया है।
- 3) मैं पुनः प्रमाणित हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या उसके अंश को भी भविष्य में किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/बीमा कंपनी से न ले लिये हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT: (आवेदक द्वारा करार)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/put-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 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने स्वामी की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउण्डेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रयोग करें, इसे "कोशिका" दूरदर्शन, पत्र, साप्ताहिक दूरदर्शन से जुड़ी ऑनलाइन और ऑफलाइन को मिले किसी भी प्रकार माध्यम में प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। मैं इस पर सहमत हूँ कि इससे मेरे नाम के बिना "कोशिका फाउण्डेशन" से सहायता नहीं मिलेगी।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना सहायता के उपरोक्त से प्रसारित करने से मेरी सहायता का अंश नहीं बढ़ेगा। इस मामले में "कोशिका" दूरदर्शन, पत्र, ऑनलाइन और ऑफलाइन को अंतिम और अविरोध करने का अधिकार होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आवेदक की हस्ताक्षर या बाएँ हाथ की छाप।

AGREEMENT by HOSPITAL: (हस्पताल द्वारा करार)

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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की और से सहायता हेतु निम्नलिखित की जाती है, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकरण से सहायता माँग रहे हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी सहायता हेतु किसी अन्य स्रोत से सहायता माँगने में हमें बाधा रहेगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउण्डेशन" से सहायता माँगी है। यदि "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें सहायता माँगने में बाधा नहीं रहेगी।

2. "कोशिका फाउण्डेशन" से सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमारे और हस्पताल द्वारा की गई सहायता का निर्णय हमारे और हस्पताल के बीच के करार पर निर्भर करता है और "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में हमारे और हस्पताल के बीच के करार पर निर्भर करता है कि हमें सहायता माँगने में बाधा नहीं रहेगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए योग्यता

Dr. Ashwini Kumar

MBS MS FICO

Reg. No. 86328

Time: _____

(Name of Dr. & Regn. No. Stamp)

डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप, २

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)

हमारे और हस्पताल के अधिकृत अधिकारी

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION: आन्तरिक उपयोग हेतु**

SIGNATURE of TRUSTEE 1

माननीय हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

माननीय हस्ताक्षर 2