

11/12/2018

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life		
APPLICATION No.: 11/12/0911		APPLICATION DATE: 11/12/2018		
NAME of APPLICANT: Shila		AGE-YEARS: 75	SEX: F	
FATHER/SPOUSE'S NAME: D/o - Hari Ram		 PREP PHOTO HERE Prep Postop (0911) Shila		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: Vill - Gaudana, Teh - Maharan				
Distt - Mathura, UP, 281306.				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: Same as above				
OCCUPATION: Housewife		MARRIED (निर्वाह) / UNMARRIED (अनिर्वाह)		
TOTAL ANNUAL INCOME: NA		(Attach Proof of Income) NA		
PAN No. (आपका पास है)				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) Yes / No				
FAMILY DETAILS (परिवार विवरण)				
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant
1	Harish Singh	46	M	Husband
2	Vijay	42	M	Son
3	Deepak	43	M	Son
4	Kamlesh	40	F	Daughter
5	Latni	35	F	Daughter
6	Sunita	32	F	Daughter
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)				
BPL Card (Attach Copy)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy)		Ration Card (Attach Copy)
Any Other Basis/Proof		Any Other Basis/Proof		Any Other Basis/Proof
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:				
Medical Reports/Prescriptions Attached				
RE - TMS				
LE - MAC				
Surgery - (LE) Sica + P.O.				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES				
NAME of OTHER SOURCE				
AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED				
1. RUP				

DECLARATION by APPLICANT: आवेदन दान चरण पर:

- 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.
- 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.
- 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.
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस आवेदन में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं प्रमाणित होता है तो उसे वापस लिया जा सकता है।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने "कोशिका फाउंडेशन" को नहीं बताया है, उसका उपयोग करके उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किसी अन्य स्रोत से मदद ले रहा हूँ।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने वापस लेने का अधिकार नहीं किया है और कोई भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से मदद लेने की योजना नहीं बना रहा हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन दान करके)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/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.
- 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.
- इस आवेदन पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ स्वीकार करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस आवेदन में उल्लिखित हैं, उन्हें "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रसारित, प्रसारण के माध्यम से या अन्य किसी भी माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे नाम का उपयोग करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत है।
- मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी शर्त के उपयोग के लिए "कोशिका" को अधिकृत है। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उक्त विवरण का प्रसारण और प्रकाशन मेरा अधिकार नहीं है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक का हस्ताक्षर या अंगुली का छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करके)

- 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:
- 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.
 - This 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.
 - हम यहाँ स्वीकार करते हैं कि हम "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश कर रहे हैं। यदि हम (हस्पताल) वित्त प्रदाता से मदद नहीं ले सकते हैं।
 - यह कि हम "कोशिका" से वित्तीय सहायता नहीं ले सकते हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है तो हमें अन्य स्रोतों से मदद लेनी होगी।
 - यह सहायता केवल वित्तीय है। रोगी का उपचार और उपचार का निर्णय रोगी और हस्पताल के बीच है। "कोशिका फाउंडेशन" का कोई भी भूमिका नहीं है। हस्पताल को रोगी का उपचार करने का पूर्ण ज़िम्मेदार होना चाहिए।
 - "कोशिका फाउंडेशन" से कोई भी सहायता केवल वित्तीय होगी। रोगी का उपचार और उपचार का निर्णय रोगी और हस्पताल के बीच है। "कोशिका फाउंडेशन" का कोई भी भूमिका नहीं है। हस्पताल को रोगी का उपचार करने का पूर्ण ज़िम्मेदार होना चाहिए।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए योग्यता

Dr. Ashwini Kumar

MSBS MS FICO

Reg No. 66028

Time

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

हस्ताक्षर का नाम व पंजीकरण नं. के साथ

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

नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1

आवेदक 1

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2

आवेदक 2

[Signature]