

C18/12/0210

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
Foundation
Building block of life

APPLICATION No.: 5/1218/0919		APPLICATION DATE: 11/12/018		
NAME of APPLICANT: Bhagwan Devi		AGE-YEARS: 78	SEX: F	
FATHER/SPOUSE'S NAME: D/o - Pyare Lal				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: V/O P. - Myada, Teh- Mahawan				
Dist- Mathura U.P., 20126				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: Same as above				
OCCUPATION: Housewife		MARRIED () / UNMARRIED ()		
TOTAL ANNUAL INCOME: NA		(Attach Proof of Income) NA		
PAN No. ()				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No				
क्या आप आय कर दाता हैं (को वही टिक करें जो लागू हो): हाँ / नहीं ✓				
FAMILY DETAILS: पारिवारिक विवरण				
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant
1	Shankar Lal	late	M	HU/Bonded
2	Ramprasad	38	M	Son
3	Umashree	33	M	Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)				
आवृत्ति के लिए कितने आधार				
BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof	
कोई भी रेशन कार्ड के साथ प्रमाण पत्र	आय वर्ग वर्ग प्रमाण पत्र	रेशन कार्ड	अन्य कोई प्रमाण	
(प्रमाण पत्र को साथ में प्रमाण पत्र के साथ)	(प्रमाण पत्र को साथ में प्रमाण पत्र के साथ)	(प्रमाण पत्र को साथ में प्रमाण पत्र के साथ)		
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:				
सहायता हेतु किने गये विवरण का उद्देश्य:				
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached			
	आवृत्ति/प्रातिभा से जारी की गई प्रमाणित प्रतीति			
	RE - mac			
	LE - mac			
	Surgery - RE Sica + IOL			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES				
इस उद्देश्य के हेतु कहीं अन्य सहायता मिली है अन्य स्रोत से प्राप्त पत्र को?				
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED		
	अन्य स्रोत का नाम	कोई पत्र सहायता मिली		
1	SEEM			



Preop Postop

(0919) Bhagwan Devi

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शिका द्वारा घोषणा 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 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, as 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 for which this assistance is requested.
- 4) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में मिले गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं बाध्यता असत्य पाया जाता है तो यह प्रकरण खारिज/रद्द किया जाएगा।
- 5) मैं यकीनपूर्वक घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग उम्मीद किए जाने वाले उद्देश्य के लिए ही किया जाएगा, जो इस प्रकरण में बताया गया है।
- 6) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु या अन्यथा किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस से किसी भी प्रकार की सहायता, पूर्ण या आंशिक, प्राप्त नहीं कर रहा हूँ और भविष्य में भी नहीं करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शिका द्वारा स्वीकार):

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/print/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 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.
- 3) इस प्रकरण पर अपनी हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शिका) अपनी स्वीकृति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके त्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका" दूरदर्शन, रेडियो, पत्रिकाएं, पत्र, समाचार पत्रों, इंटरनेट से कहीं भी प्रसारित करें और इससे संबंधित जानकारी को आम जनता के बीच फैला सकें।
- 4) मैं (अर्शिका) आगे भी स्वीकार करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के अर्थपत्रों में प्रकाशित हैं, उनसे स्वतंत्र रूप से प्रसारित नहीं किया जा सकता। इस संबंध में "कोशिका" दूरदर्शन, रेडियो, पत्रिकाएं और समाचार पत्रों को अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

अर्शिका की हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा स्वीकार):

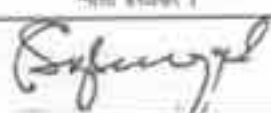
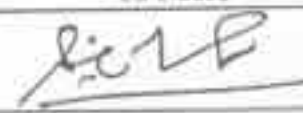
- By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any 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 this matter.
- हमारी अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सार्वजनिक रूप से "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं:
- 1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी, जब तक कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त न हो। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी भी प्रकार की सहायता हेतु प्रस्तावित नहीं की जाती, तो हमें सहायता प्राप्त करने के लिए अन्य स्रोतों से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता वित्तीय प्रकृति की होगी और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।
 - 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्राप्त होगी, वह वित्तीय प्रकृति की होगी। हमें यह स्वीकार करना होगा कि हमारे पास उपचार/प्रक्रिया का चुनाव करने का पूर्ण अधिकार है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी भी प्रकार की सहायता का कोई प्रभाव नहीं होगा। हमारे पास उपचार और सुरक्षा के मामले में पूर्ण जिम्मेदारी होगी और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए घोषणा

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 13/12/2018	Dr. Ashwini Kumar MBBS MS FICO Reg No. 65328 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर के साथ नं. 	(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 न्यासी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 
---	--