

C18/12/0231

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life	
APPLICATION No.: 12/12/0921		APPLICATION DATE: 12/12/018	
NAME of APPLICANT: Buddhen		AGE-YEARS: 48	SEX: M
FATHER/SPOUSE'S NAME: Sh. Sukhram Singh			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: Vill - P.S. - Jhitharka			
Dist - Bilaspur - HP 200-125			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: Same as above			
OCCUPATION: Labourer		MARRIED (गिराहित) / UNMARRIED (अगिराहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: N/A		(Attach Proof of Income) NA	
PAM No. N/A			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No			
FAMILY DETAILS			
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender
1.	Ashu Devi	42	F
2.	Kushdeep	21	F
3.	Akash	19	M
4.	Preeti	19	F
5.	Swati	14	F
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)			
BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Card Copy)	Any Other Basis/Proof
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:			
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached		
1.	RE - TMA		
2.	LE - TMA		
3.	Surgery - (RE) SCL + IOL		
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES			
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED	
1.	SCCH		

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा घोषणा):

- 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 deactivation/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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाता, तब इस प्रपत्र को ग्राह्यता निरस्त की जा सकती है।
- मैं इस बात को गंभीरतापूर्वक "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद है, उसका उपयोग इस प्रपत्र में उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में मांग गया है।
- मैं घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी प्रकार से इस मदद को नही, इस मदद का उपयोग या इसका विवरण किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा सहमत)

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/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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) आवेदकता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, इसे "कोशिका" द्वारा यादों, रूप, संकेत/चित्र द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों को प्रदर्शित करने के लिए किसी भी प्रकार के माध्यमों से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के पूरा होने तक मेरे मामले में दिए "कोशिका फाउंडेशन" से जारी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि फाउंडेशन को उद्देश्यों के अधीन है पूर्ण रूप-साथ में प्रकाशित नहीं करता। इस मामले में "कोशिका" द्वारा उद्देश्यों के अधीन अधिकृत और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के प्रपत्र पर अंगूठे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा सहमत)

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:

- 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.
- 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.

इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से प्राधिकृत की "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे इस (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दी जाती है।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार से प्राप्त करने के लिए कोशिका फाउंडेशन से ली जा रहे है, यदि कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त की सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकृत/प्रदान हेतु प्रदान नहीं किया जात है तो हस्पताल किसी अन्य से सहायता प्राप्त या किसी अन्य संस्थागत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जात है कि हस्पताल द्वारा प्रदान उक्त सहायता हेतु किसी भी प्रकार से कोई भी अन्य सहायता से नहीं लेता/लेगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता वित्तीय प्रकृति की है। ऐसी कि हस्पताल द्वारा ही यह सहायता या बिना उसे उपचार/उद्देश्य का पूर्ण पूर्ण रूप से प्राप्त करने के लिए कि है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रदान नहीं है। इसीसे हस्पताल में कोई भी हस्तक प्रदान और जाने जाने की गारंटी नहीं है और "कोशिका" को कोई प्रदान या बिना/प्रदान इस प्रकार से नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संसुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 13/2/18	Dr. Ashwini Kumar MBBS MS FICO Reg. No. 66028 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर के साथ	(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल 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
<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>