

C18/12/0232

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building blocks of life		
APPLICATION No. : 5/1218/0922 आवेदन क्रमांक :		APPLICATION DATE : 12/12/018 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT : Gayatri Devi आवेदक का नाम		AGE-YEARS : 63 वय-वर्ष	SEX : F लिंग	
FATHER/SPOUSE'S NAME : O/o - Shyam Lal पिता/सहोदर का नाम		 		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : Dimsai, Dhammapur वर्तमान निवास पता		Preop Postop		
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : Dist-Baloda/Chhatra, M.P-202293 स्थायी निवास पता		(0922) Gayatri Devi		
OCCUPATION : Housewife व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME : NA कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का सबूत संलग्न) NA		
PAN No. : आय कर पत्र संख्या				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर 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) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से क्या संबंध
1.	Family Member	63	M	Wife
2.	Kulsum	28	F	Daughter
3.	Asha	24	F	Daughter
4.	Vishu	21	F	Daughter
5.	Vijay	20	M	Son
6.	Vijay	14	M	Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विधि आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) रशन कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किस उद्देश्य का उद्देश्य:				
Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रमाणपत्र सूची संलग्न				
RE - TMC				
LE - TMC				
Surgery - (RE) SCS + IOL				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिए गए हैं?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED तो वह सहायता कितनी		
1.	SPH			

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 Kishika 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 यहाँ पर बता रहा हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य अथवा असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मैं इस बात को गारंटी करता हूँ कि "कौशलिक सहायता", जो मुझे मिल रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में बता गया है।

3) मैं यहाँ पर बता रहा हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु या उपयोग के लिये नहीं, उस राशि का अधिक या समान किसी किसी अन्य प्रोवाइडर/एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस कंपनी से न ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

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/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 रूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठी छाप प्रदान करने से मैं (अर्हताकर्ता) यहाँ सहमत हो रहा हूँ कि कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टीज मेरा नाम, पता, तस्वीर और "उद्देश्य" के बारे में जानकारी का उपयोग कर सकते हैं जो वह चाहें। यह जानकारी कोशिका फाउंडेशन और/या उसकी गतिविधियों/प्राप्ति के बारे में जानकारी फैलाने के लिए किसी भी माध्यम, जिसमें मुख्तार, मुद्रित, इलेक्ट्रॉनिक, वगैरह शामिल हैं, के माध्यम से किया जा सकता है।

2) मैं (अर्हताकर्ता) आगे सहमत हूँ कि कोई भी ऐसा उपयोग, जिसके लिए मैंने मदद माँगी है, स्वतः ही मुझे मदद देने का अधिकार नहीं देगा। मदद देने का फैसला कोशिका फाउंडेशन के ट्रस्टीज द्वारा ही किया जाएगा।

subject at length to any of these

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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इससे अधिपुत्र, हस्ताक्षर की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य न स्वीकार करते हैं।

1) वह कि मैं या मेरी अधिकृत और मैं ही अधिकृत विं वित्तिय सहायता किसी भी साधकरी संगठन या किसी अन्य स्रोत से इसका लेना-देना नहीं करूँगा, जैसे कि दूसरे "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विधिगत उस के समर्थ में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अनधिकृत/अवैधानिक हेतु प्रदान नहीं किया जाता है तो अवसर किसी अन्य वे साधकरी संगठन या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाते है कि अवसर प्रतिवत् प्राप्त इस लेना-देनाके हेतु किसी भी अवसरों परम या किसी अन्य संगठन से नहीं लेना-देना।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो मैं सहायता संगठन वित्तिय प्रद्वति की है। ऐसी या असंगत, इस सी तब अलग या बिने तक उपलब्ध/प्रतिक्रिया का सुचारु लेने एवं उपयोग से होगा या किया है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दावा नहीं है। एकीकृत संस्थान में ऐसी में प्रत्येक सुधार और अपने कामों की कार्य प्रणाली को बढ़ाओ और "कोशिका" को कोई धर्मिता या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

स्वीकृती के लिए संज्ञा

Dr. Ashwini Kumar
MBBS, MS, FICO
Reg. No. 66028
Time

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory
on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

सांख्यिक उपकरणे

SIGNATURE of TRUSTEE 2

 नाम: इन्सपेक्टर 2