

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप				(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: आवेदन क्रमांक: K11218/1942			APPLICATION DATE: आवेदन तिथि 12/12/18				
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम IMAMAN BIRBI			AGE-YEARS आयु-वर्ष 60		SEX लिंग F.		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/पत्नी का नाम SK. IYACHHIN ALI						 	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता SANGHURA KARNABAGICHIM DARGAH, NORTH 26 PHEGANA ROAD WEST MUMBAI.							
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता - AS ABOVE -							
OCCUPATION : व्यवसाय HOUSE WIFE.							
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय NIL						MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)	
PAN No. आई टैक्स संख्या							
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं? (को चयन हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)							
FAMILY DETAILS परिवार विवरण							
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से सम्बन्ध			
1.	IMAMAN BIRBI	60	F	Self			
2.	SALIM MAJID	21	M	Son			
3.	SULCHAN MAJID	29	M	Son			
4.	MAJID MAJID	24	M	Son			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए किसी आधार							
BPL Card (Attach Card Copy) पोली रेखा को जोड़े प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपरोक्त कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे करने किसी का उद्देश्य:							
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न						
1.	Tuberculosis - Chest - Lx.						
2.	Coughing - Lx (Chest X-ray)						
ASSISTANCE BEING AWAIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त क्या है?							
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIED जो यह सहायता पाती			

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक 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 आवेदन में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जायेगा तो मेरी आवेदन प्राप्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को गंभीरतापूर्वक स्वीकार करता हूँ कि "उद्देश्य" के लिए जो सहायता मांगी जा रही है, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के लिए ही किया जायेगा, जो इस आवेदन में मांग किया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से, जिसके लिए मैंने इस सहायता की मांग की है, उसे पूर्ण रूप से नहीं मांगा है और मैं इसे भी नहीं मांगूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा सहमति)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its 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 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.
- 1) इस आवेदन पर मेरी हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस आवेदन में जोड़ सकते हैं, इसे "कोशिका" द्वारा प्रसारित, प्रकाशित, प्रसारित करने के लिए उपयोग करने के लिए प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। इस आवेदन पर मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को इस आवेदन में जोड़ने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत करता हूँ।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को इस आवेदन में जोड़ने के लिए इस आवेदन का उपयोग नहीं किया जायेगा। इस आवेदन में "कोशिका" द्वारा प्रसारित, प्रकाशित, प्रसारित करने के लिए अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक की हस्ताक्षर या बाईं 엄指 छाप

**AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमति)**

- 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:
- 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 the matter.

इससे अधिकृत, इससे नीचे की ओर से प्रमाणित करने वाले "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।

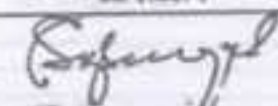
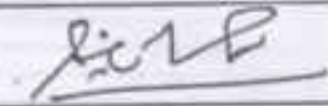
- 1) यह कि मैं या मेरा संस्थान और मैं या मेरी संस्था में वित्तीय सहायता किसी भी अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिए नहीं मांगेंगे, जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त करने के लिए मांग रहे हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अपने अंतराल को किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से पूराने का अधिकार सुरक्षित रखना है। इस पुष्टि के साथ हम मान्यता देते हैं कि सहायता वित्तीय सहायता के लिए है और कोशिका फाउंडेशन को इस मामले में कोई भूमिका नहीं होगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से कोई भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमारे या हमारे संस्थान द्वारा दी गई सहायता या किसी भी उपचार/प्रक्रिया का चुनाव हमारे द्वारा ही किया जाता है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसीलिए हमें अपने या हमारे संस्थान द्वारा दी गई सहायता को हमारे और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए प्रस्तावित

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 12/12/18	 (Name of the Dr. Regd. No. with Hospital) Dr. Shiv Sankar Begchi 12/12/18	 Shiv Sankar Begchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हम या हमारा संस्थान अधिकृत अधिकारी
---	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आंतरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोदार 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोदार 2 
---	--