

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		Koshika foundation Building block of life.		
APPLICATION No.: 10/0120/1001 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 09/01/20 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT: Kalle आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष 57	SEX लिंग F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Mawusi पिता/सहस्र का नाम		 Preop Postop (1000) Kalle		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता: Jadhvi Latha, Bhandara				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता: Same as Above				
OCCUPATION: Home maker व्यवसाय				
TOTAL ANNUAL INCOME: 1.25/1000 कुल वार्षिक आय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न) NA		
PAM No. स्थायी खाता संख्या		ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगावे) Yes / No हां / नहीं		
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 के साथ सम्बन्ध
1.	Chiranjeevi	60	M	Husband
2.	Sanjay	37	M	Son
3.	Taruman	32	F	Daughter
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिलिखित सूची संलग्न			
	RF - TMSC			
	LE - TMSC			
	Surgery - (RF) SECS + DEL			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि		
1.	SCEH			

DECLARATION by APPLICANT (अर्पक द्वारा पत्रिका 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 & ongoing assistance 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 यहाँ पर कहता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं/अथवा जानकारी पत्रिका में सही नहीं बताई जाती है तो मेरी प्रार्थना निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर सख्त प्रति "कोशिका फाउन्डेशन", से सहायता की है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में पत्रिका पर है।
- 3) मैं यहाँ पर कहता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रपत्र भेजा जा रहा है, उस प्रपत्र का उपयोग या सहायता किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बिमा कंपनी से न की जाये और न ही भविष्य में लूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पक द्वारा करार)

- 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 fulfilment 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 का निशान करके, मैं (अर्पक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एनएम, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, दूर, या अन्य किसी भी माध्यम से सहायता हेतु प्रचारित कर सकें। इस प्रपत्र का उपयोग या सहायता किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बिमा कंपनी से न की जाये और न ही भविष्य में लूँ।
- 2) मैं (अर्पक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता को हेतु प्रचारित किया जायेगा। इस प्रपत्र पर "कोशिका" एनएम, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, दूर, या अन्य किसी भी माध्यम से सहायता हेतु प्रचारित किया जायेगा। इस प्रपत्र पर "कोशिका" एनएम, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, दूर, या अन्य किसी भी माध्यम से सहायता हेतु प्रचारित किया जायेगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्पक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

- 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 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.
 - 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से माध्यम/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से वित्त लेनी/पाने में लगे या ले रहे हैं। जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्देशित उक्त के समर्थन से "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निरस्त/अस्वीकार/नहीं हेतु मन्तु नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय मदद वित्त लेनी/पाने हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेनी/पाने।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेनी/पाने सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा की गई सलाह या किये गये उपचार/उपचार का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुझाव और अपने जाने की सारी जिम्मेदारियाँ हस्पताल की होंगी और "कोशिका" को कोई दबाव या जिम्मेदारियाँ इस मामले में नहीं होंगी।

Dr. Ashwini Kumar
M.B.B.S., M.S. Ophthalmology

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

Reg. No - 66028

Time..... Date.....

09/01/20

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप, न.

(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]

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

[Signature]

