


APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building Back a Life		
APPLICATION No. आवेदन संख्या: 0622010490		APPLICATION DATE आवेदन तिथि: 19.02.2020		
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम: Man Singh		AGE-YEARS आयु-वर्ष: 70	SEX लिंग: M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/कन्या का नाम: Jeevan				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान अवासीय पता: Nandpur Sahawalpur Uttar Pradesh 247451				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई अवासीय पता: As above				
OCCUPATION व्यवसाय: Unemployed		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित):		
TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय: 55,000		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न): N/A		
PAN No. स्थाई खाता संख्या: N/A				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगायें):		Yes / No हाँ / नहीं: <input checked="" type="radio"/> No		
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 संबंध
(1)	Breema	66	F	Wife
(2)	Kanigopal	35	M	Son
(3)	Rohball	32	M	Son
(4)	Sulab	20	M	Son
(5)	Rakesh	27	M	Son
(6)	Amrisha	25	M	Son
(7)	Sangeeta	24	F	Daughter in Law
(8)	Ashwya	27	F	Daughter in Law
(9)	Munshi	25	F	Daughter in Law
(10)	Shalini	23	F	Daughter in Law
(11)	Rudhu	18	M	Grandson
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विवृति आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) सहीबो रोज़ के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायता हेतु किये गये विवृति का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिलिखित सूची संलग्न			
(1)	Diagnosis - RE PCTOL LE LMSL			
(2)	Surgically - LE SICS FTOL			
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 राशी		
(1)	SCEH			

DECLARATION by APPLICANT- आवेदक द्वारा घोषणा पत्र

- 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/consideration.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation will be used only for the "purpose", as stated in this Form 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 for which this assistance is requested.
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिए गए सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असाध्य पाया जाता है तो मेरी स्थापना निरस्त की जायेगी।
- 2) मैं इस बात की स्थापना प्रति "अन्यत्र फाउंडेशन", से ही कर रही हूँ, इसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में मांग किया है।
- 3) मैं यकीन करता हूँ कि इस प्रश्न में मांगे गए उद्देश्य को मैंने ही, उस व्यक्ति का अधिक या समस्त विद्या किसी अन्य संगठन/प्रायोजक/बीमा कम्पनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक 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/print-upreproduce 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.
- 3) इस प्रश्न में अपने हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में घोषित हैं, उसे "कोशिका" एवम् नामों, पता, पताकाया दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार का प्रचार करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे प्रश्न के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" में न्यायीयों अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात में सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि स्थापना के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे सहायता का हस्ताक्षर नहीं बनाता। इस संबंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यायीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्तगत द्वारा करार)

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

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

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और संगठन/प्रायोजक या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के माध्यम से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तित अधिकांश/सकल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस वृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल इसी तरह उक्त रोगी/मामले हेतु किसी और संगठन/प्रायोजक या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही यह सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्तगत द्वारा कोई सलाह या निर्णय नही उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्तगत के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नही है। इसलिए हस्तगत में रोगी के इलाज सुझाव और अन्य बातों को सही विमोचनी रोगी एवं हस्तगत की इच्छा और "कोशिका" को कोई प्रतिकार या विरोध/रुकी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 19.02.2020	DR. Rameez Reza (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इलाका व तारीख	VIVEK RANA (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्तगत अधिकृत अधिकारी
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी इलाका 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी इलाका 2
	