



<b>APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE</b> सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life	
APPLICATION No / आवेदन संख्या : <b>C1022010495</b>		APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : <b>20.02.2020</b>			
NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम : <b>Champavati</b>		AGE-YEARS आयु-वर्ष : <b>56</b>	SEX लिंग : <b>F</b>		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/कटुण का नाम : <b>Om Prakesh</b>		PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान वास्तव्य पता : <b>Habibnagar Sahayampet, Sahayampet, CHHAI Prakesh 29/1001</b>			
		PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थाई आवासीय पता : <b>As above</b>			
OCCUPATION / व्यवसाय : <b>House Making</b>		MARRIED (विवाहित) : <input type="checkbox"/> UNMARRIED (अविवाहित) : <input checked="" type="checkbox"/>			
TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय : <b>56,000</b>		(Attach Proof of Income) / (आय का सक्ष्य प्रमाण) : <b>NA</b>			
PAN No. / PAN संख्या : <b>NA</b>					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / क्या आप आय कर दाता हैं (जो मन्त्र हो उस पर खूनी का निशान लगाये)		Yes / हाँ : <input type="checkbox"/> No / नहीं : <input checked="" type="checkbox"/>			
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)	Jitendra	29	M	Son	
(2)	Lalita				
(3)	Ravinder	27	M	Son	
(4)	Asha				
(5)	Vishender	25	M	Son	
(6)	Seema				
(7)	Rajal	22	M	Son	
(8)	Mani	86	F	Grand Daughters	
(9)	Sanki	84	F	Grand Daughters	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / सहायता के लिये विनती आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) / गरीबी रेषा 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)		Ration Card (Attach Copy) / उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof / अन्य कोई सक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE / सहायता हेतु किसे लिये विनती का उद्देश्य:					
Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
(1)	Diagnosis - RE IMSC LE IMSC				
(2)	Surgery - LE SICS + IOL				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?					
Sr. No. / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / ली गई सहायता राशी			
(1)	CCHH				

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:**

- 1) I hereby confirm that all details in the 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा/गलत एवं गलत बयान दिया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से मिली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में माग किया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं न तो वर्तमान में, न ही भविष्य में, पूर्ण या आंशिक रूप से, किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से = ले लिये है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)**

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, (Applicant) hereby agree & authorise 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 fulfilment of the "purpose" for which assistance is being requested.
  - 2) (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 प्रकार पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने सहयोगी को सूचित करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायोस" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण इस प्रकार में प्रयोग है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायो, दान, पाठान/या दूसरे उद्देश्य से चुनौती प्रोत्साहितियों और उपलब्धियों के लिये किया जा सकता है। इस प्रकार के प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे उपर का विवरण मेरे उपर के पत्रों या पत्र में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यायो अधिकृत है।
  - 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रयोग है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस संबंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यायोस का निर्णय अंतिम और सत्यकारी होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:**

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

*Dr. Seema Goyal*  


**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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 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.

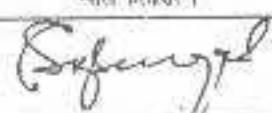
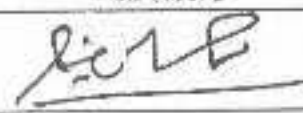
हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की जा रहे पायलेटरी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संस्थान या किसी अन्य स्रोत से वक्त रोगी/रोगी से ली जा रही है, बस कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती, तो हमें स्वतंत्र रूप से अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जा सकती है। इस प्रकार के प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे उपर का विवरण मेरे उपर के पत्रों या पत्र में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यायो अधिकृत है।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से मिली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में माग किया है। इस प्रकार के प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे उपर का विवरण मेरे उपर के पत्रों या पत्र में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यायो अधिकृत है।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
 स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन का तारीख 20.02.2020	 <b>DR: Seema Goyal</b> (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप, व	 <b>DR: Seema Goyal</b> (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) डॉ. सीमा गoyal के द्वारा अधिकृत न्यायोस
--	---	---

**FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION** अनंतिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायो हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायो हस्ताक्षर 2 
---	---