

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No.: 5/0822/163 (34/22)

आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE: 18/8/22

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Mr. Ram Kishan Sahu

आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु वर्ष

65

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Preeti Sahu

पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

B-1262, Govindpur, New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: सदैव आवासीय पता

As Above



OCCUPATION: Unemployed

व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 1,50,000 (Family Income)

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें)

PAN No. न्याईं खाता संख्या :-

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय का दाता हैं (जो सत्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

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 सम्बंध
(1)	Bhim K.S. Sahu	28	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए निम्न 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)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये निम्नो का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुमति/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न
	Drugs - 16 Containers
	Sugar 16 Phials

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

NIL

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा 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, 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरे जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान एवं कथन अथवा दावा जमा है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं ठोस रूप से सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं यकीन करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु किसी अन्य स्रोत से भुगतान नहीं करूँगा, जो कि भुगतान के अंश या पूर्ण रूप से, किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न हो सके और न ही भविष्य में होगा।

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 its 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 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके त्रुस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में घोषित हैं, उसे "कोशिका" एम्ब्लम, नाम, सम्पर्क/चित्र द्वारा उत्प्रेषण से मुझे चिकित्सीय और उपचार/उद्देश्यों के लिये किसी भी प्रकार का प्रचार करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रारूप का निष्पत्ति मेरे हस्ताक्षर के बिना या बिना मेरे करने के बिना "कोशिका फाउन्डेशन" न किसी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रचारित है मुझे स्पष्ट: सहायता का इस्तेमाल नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्ब्लम उत्प्रेषण का निर्वहण और सम्पर्क/चित्र होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

[Handwritten Signature]

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.

- इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सम्पर्क/चित्र को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या से ली जायेगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्देश उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा करार हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निरस्त/अस्वीकार/रद्द/मुद्दा नहीं किया जाता है तो अस्पताल को सिफारिश/निर्देश उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल विशेष रूप से उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं ली जायेगी।
 - 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्तगत हुए सभी सलाह या विवेक गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुलभ और आने जाने की पूरी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भुवि का जिम्मेदारी इन मामलों में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 18/8/22	Dr. Shubha Mahla M.C. No. 84798 Shree Chitra & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	Dr. Vandana Gupta Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory Medical Superintendent Shree Chitra & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व छाप
---	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 <i>[Handwritten Signature]</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 <i>[Handwritten Signature]</i>
--	--