

C18/11/0136

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

V/1118/0793

APPLICATION DATE :

अवेदन तिथि

10/10/18

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Rasham Devi

AGE-YEARS वर्ग-वर्ष

70

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/सहोदर का नाम

D/o Shankar

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

Mahta Patti, Bhusanpur

Dist Bhusanpur, R.S. 381496

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

Same as above



Preop Postop

(0793) Rasham Devi

OCCUPATION :

व्यवसाय

Housewife

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

NA

PAN No. स्पष्ट छात्र 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

हाँ / 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	Ramhar	late	M	Husband
2	Gyanprakash	45	M	Son
3	Ved Prakash	40	M	"
4	Chandraprakash	38	M	"
5	San Prakash	33	M	"
6	Bhagwan & Waroop	30	M	"

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति 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) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये निम्न का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RC - TMSL
	IE - TMSL
	Surgery - (LE) S/C + T/C

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किन्तो 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	SCHE	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा है:

- 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 expenses for which this assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ पर कबाल हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं यथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से भी जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जावेगा, जो इस प्रश्न में माग गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कबाल हूँ कि विभिन्न सहायता के रूप में प्राप्त की गई है, उस यदि वह अधिक या समस्त विवरण किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इन्सुरन्स कंपनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (APPLICANT MUST SIGN)

- 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/post-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 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 प्रश्न का जल्द जवाब देना आवश्यक है। मैं (अर्हक) अपनी संपत्ति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, तस्वीर और कोई भी विवरण इस प्रश्न में जोड़ सकते हैं, उसे "कोशिका" द्वारा यादें, पत्र, साप्ताहिक पत्रों के माध्यम से मुझे परिचित कराने और जानकारी देने के लिए किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। ये प्रश्न का जवाब मेरे प्रश्न के उत्तर के रूप में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व उसके अधिकृत हैं।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, तस्वीर और विवरण को बिना किसी भी शर्त के इस्तेमाल के लिए मुझे प्राप्त: सहायता का अधिकार नहीं बचाता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा प्रदान की गई मदद का निर्णय केवल और केवल ही होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

संविदां विना न्यायः न भवति

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल की ओर से)

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.

इससे उद्भवित, हाउसकी की ओर से वापसलेटोरी को "अंतिमका वापसलेटोरी" से विविध सहायता होत निष्पत्ति को ज्ञात है, जिसे इन (इसका) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:

- 1) यह कि न तो योगदान और न ही राशिगत में निहित सहायता किसी भी सरकारी संगठन या किसी अन्य एजेंसी से उक्त रंगीनपत्रों में होने या हो रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से निष्क्रीय/निवृत्ति उम्र के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा पत्र हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निवृत्ति अधिकांशकतः हेतु प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य भी सरकारी संगठन या किसी अन्य सहायता से सहायता होने का अधिकार सुरक्षित रखा है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वारा नर उम्र रंगीनपत्रों हेतु किसी भी सरकारी संगठन या किसी अन्य संगठन से नहीं संप्रदायी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही नई सहायता केवल निहित प्रवृत्ति की है। रंगीन पर हमेशातः द्वारा ही नई सहायता या किने गये उपचार/प्रक्रिया का शुल्क रंगीन एवं हमेशातः के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। हमेशातः हमेशातः में रंगीन को इलाज मुक्त और अपने जाने की छूट मिलेगी, जो कि नई सहायता को छोड़ें और "कोशिका" को कोई भी प्रकार या किसीछरी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संस्थान

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

14/11/018

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
 डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

Dr. Ashwini
MBBS, MS, FICO
Reg. No. 86028

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
नाम व पद इसकेअंतर्गत अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

 नामी इम्तियज 2

09.08.2018