

C18/11/0229

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)				(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :		v/1118/0808		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि		15/11/018	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम		Kamlesh		AGE-YEARS आयु-वर्ष	SEX लिंग		
				48	F		
FATHER/SPOUSE'S NAME : पिता/सहोदर का नाम							
Mo - Fatte							
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता							
Sandhali, Distt- Bharatpur							
R.T. 321406							
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता							
Same as above							
OCCUPATION : व्यवसाय				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
Housewife				[X] MARRIED			
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय				(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)			
NA				NA			
PAN No. स्थायी खाता संख्या							
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मन्व 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	Cohenshyam	53	M	Husband			
2	Rajesh	21	M	Son			
3	Rahul	17	M	Son			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनती आधार							
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा 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) उपभोगता कार्ड (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 प्रविष्टि/पत्र सूची संलग्न						
	RE - T.M.A.C						
	LE - M.A.C						
	Surgery - (LE) Sica + P.O.L						
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 ले गई सहायता राशि			
1	SC/M						

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा यह:

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण पूर्णतः सच नहीं माना जाय तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इससे घोषणा करती हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग उद्योग उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में सच माना है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि भविष्य में मैं या मेरा परिवार, इस सहायता के लिये किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ही सहायता लेगा और न ही भविष्य में लेगा।

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-out/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 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 प्रारूप पर मेरी हस्ताक्षर या मुद्रा की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायोपक्ष" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार में प्रयोग करें, जैसे "कोशिका" दूरदर्शन, दूर, संचारण द्वारा इत्यादि से जुड़ी विडियो/फोटो और जानकारी के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा या मेरे द्वारा मेरे नाम के बिना "कोशिका फाउंडेशन" से मेरी अधिकृत है।
- 4) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी सहायता के उद्देश्य से प्रसारित करने के लिए सहायता का इस्तेमाल नहीं करेगा। इस सहायता से "कोशिका" दूरदर्शन, दूरदर्शन, दूरदर्शन और संचारण कोषा

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक की हस्ताक्षर या बायाँ हाथ की छाप



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 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.
 - 3) इससे अधिकृत, हमारे की ओर से सहायता के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं।
 - 4) यह कि हम कोशिका और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी/रोगी के लिये अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त होगी जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/प्रस्तावित सहायता के लिये "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मरना हेतु है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विधि अतिरिक्त/अन्य हेतु मरना नहीं किया जाय तो हमें सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त होगी। इससे हमें सहायता हेतु सिफारिश करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाय है कि सहायता वित्तीय मरना सहायता हेतु सिफारिश की जाती है।
 - 5) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता सहायता वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा ही सहायता या बिना सहायता/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी को हस्ताक्षर सुरक्षित और अपने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ हस्पताल की ओर और "कोशिका" की कोई भी जिम्मेदारियाँ हमें नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 15/11/18	Dr. Ashwini Kumar MBBS MS FICO Reg. No. 65028 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	(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 न्यायी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2
	