

C18/11/0222

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life.		
APPLICATION No. : आवेदन संख्या : <u>V/1118/0815</u>		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : <u>15/11/018</u>		
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम : <u>Tunda Ram</u>		AGE-YEARS आयु-वर्ष : <u>67</u>	SEX लिंग : <u>m</u>	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुम्ब का नाम : <u>Shyam Lal</u>		 <u>Recd</u> <u>Postd</u> <u>(0815) Tunda ram</u>		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता : <u>Kahani Mahala, Bhusawari</u>				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता : <u>Dutt Bharsatpur, R.T. 321406</u>				
Same as above				
OCCUPATION : व्यवसाय : <u>Labour</u>		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) : ☒ ☐		
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय : <u>NA</u>		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न) : <u>NA</u>		
PAN No. वहाँसूँ खाता संख्या : _____				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाइये।) 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 से साथ सम्बन्ध
1	<u>Runni Devi</u>	<u>60</u>	<u>F</u>	<u>Wife</u>
2	<u>Ashok</u>	<u>32</u>	<u>m</u>	<u>Son</u>
3	<u>Ram Kishor</u>	<u>30</u>	<u>m</u>	<u>Son</u>
4	<u>Omrakash</u>	<u>24</u>	<u>m</u>	<u>Son</u>
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 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 प्रतिवेदन सूची संलग्न			
	<u>RE - TMAC</u>			
	<u>LE - TMAC</u>			
	<u>SUNBURY - (RE) SICK + TOL</u>			
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 लगी गई सहायता राशी		
1	<u>SCCH</u>			

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा करें:

- 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 फॉर्म में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं गंभीरतापूर्वक पुष्टि करता हूँ कि "उद्देश्य" के अंतर्गत, जिसके लिए मैं सहायता प्राप्त करने के लिए अनुरोध कर रहा हूँ, के लिए सहायता का उपयोग केवल उद्देश्य के लिए ही किया जाएगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं सहायता हेतु या भविष्य में कोई भी राशि, पूर्ण या आंशिक रूप से, किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/बीमा कंपनी से नहीं ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

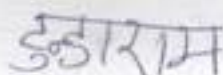
AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)

- 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 fulfilment 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 फॉर्म पर अपनी हस्ताक्षर या बायाँ की उंगली का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस फॉर्म में उल्लिखित हैं, उन्हें "कोशिका" द्वारा या अन्य माध्यमों द्वारा, वार्तालाप, मुद्रित, इलेक्ट्रॉनिक, आदि माध्यमों से, कोशिका फाउंडेशन के लिए दानों को आमंत्रित करने के लिए और/या कोशिका फाउंडेशन के गतिविधियों/प्राप्तियों के बारे में जानकारी को प्रसारित करने के लिए उपयोग कर सकते हैं।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कोशिका फाउंडेशन के भरोदारों से प्रसारित करने के लिए उपयोग या प्रकाशन नहीं किया जाएगा। इस मामले में "कोशिका" द्वारा उक्त निर्णय को अंतिम और स्वीकार्य माना जाएगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक का हस्ताक्षर या बायाँ की उंगली का छाप


AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)

- 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.

हमारी स्वीकृति, हस्ताक्षर की ओर से प्राप्त/पेश की गई "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को दर्शाता है, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं:

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सार्वजनिक संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या से ली जाएगी, बल्कि कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/प्राप्त उक्त सहायता में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी सीमा/परिमाण में नहीं दी जाती है तो हम हस्पताल को सहायता के अभाव में सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा उक्त रोगी/रोगी के लिए सिफारिश के अभाव में सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा उक्त रोगी/रोगी के लिए सिफारिश के अभाव में सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को हलाक सुरक्षा और अन्य बातों को ध्यान में रखते हुए हस्ताक्षर की जाएगी और "कोशिका" को कोई ज़िम्मेदारी या दायित्व नहीं होगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 15/11/2018	 Dr. Ashwini Kumar MBBS, MS, FICO Reg. No. 66028 (Name of Dr. & Regn. No. With Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर	 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर 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
