

C17H110062

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्राप्ति				(Healthcare) (स्वास्थ्य सेवा)
APPLICATION No.: आवेदन संख्या:	V/1218/0849	APPLICATION DATE: आवेदन मिति:	04/12/2018	
NAME of APPLICANT: आवेदन का नाम:	Chandrawati Devi	AGE/YEARS वयः/वर्ष:	51	SEX लिंग:
FATHER'S/HUSBAND'S NAME: पितृ/पति का नाम:	D/o - Unnati Prasad			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS प्रत्यक्ष आवासीय पाल Nehru Nagar, Techajgarh, Tola				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : प्राची आवासीय पाल Same as above				
OCCUPATION: पेशी:	Hauswife	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (विवाहित नहीं)		
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय:	NA	(Attach Proof of Income) (आय का साल्व संदर्भ) NA		
PAN No. स्थायी जाता आय:				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय का जाता है? (जो कानून की तरफ आपकी का नियम सम्बन्धी)				
FAMILY DETAILS परिवार विवरण				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदन के साथ जड़बंध
1.	Brahmin Singh	52	M	Husband
2.	Sonima	26	F	Daughter
3.				
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) प्राप्ति के लिए विवरी का उल्लंघन				
SPL Card (Attach Card Copy) एसपीएल को-ऑपरेटर द्वारा (प्रभाग द्वारा दी गई अधिक संतोष की)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एसवीएस द्वारा दिलाई दी गई (प्रभाग द्वारा दी गई अधिक संतोष की)	Ration Card (Attach Copy) राशनपात्र द्वारा (प्रभाग द्वारा दी गई अधिक संतोष की)	Any Other Basic/Proof अन्य कोई साक्ष	
*PURPOSE* for REQUESTING ASSISTANCE: प्राप्ति हेतु लिये जाने विवरी का उल्लंघन:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आपत्तिकारा से आप की गई चिकित्सा की सूची संलग्न			
	EE - E.P.			
	EE - I.M.A.C.			
	Surgery - (E) SIC + E.O.L			
ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME *PURPOSE* from OTHER SOURCES इस उल्लंघन के हेतु कोई अन्य सहायता लियी आय रही है या नहीं?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य सहायता का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALIED रही रुपयों की संख्या	
	SCEN			

**DECLARATION by APPLICANT: अप्लिकेशन करने वाले का:**

- 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.
- 4) मैं बोलता हूँ कि यह जाता है कि मैंने यही विवरण पैसे कामयादी के लिए उपयोग कर रख दिया हूँ। यदि कोई विवरण ऐसा कहता है कि मैंने कामयादी के लिए विवरण नहीं दिया है तो मैंने यही विवरण दिया है।
- 5) मैं यह जाता हूँ कि "कोशिका सहायता", यह नहीं है, उसका उपयोग कोई विवरण के लिए दिया जाएगा, जो यह जाता है कि यह नहीं है।
- 6) मैं युक्त जाता हूँ कि यह जाता है कि यह यही विवरण है कि मैंने कोशिका सहायता का लिए है और नहीं है कि मैंने कोशिका सहायता का लिए है।

**AGREEMENT by APPLICANT: अप्लिकेशन करने वाले का:**

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/obtain/republish/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.
- 3) यह जाता है कि मैंने यही विवरण दिया है कि "कोशिका सहायता" को कोशिका सहायता के लिए यह वास्तविक वाली विवरण है, जो "कोशिका" एवं वाली, यह, याकृत्याद् युक्त विवरण है जो कोशिका सहायता के लिए दिया गया वाला विवरण है। यह जाता है कि यह विवरण में यही विवरण है कि "कोशिका सहायता" को कोशिका विवरण है।
- 4) मैं (अप्लिकेटर) इस जाता है कि मैंने यह वाली, यह, याकृत्याद् युक्त विवरण जो कोशिका सहायता के लिए दिया है कि "कोशिका" एवं वाली विवरण को कोशिका सहायता के लिए दिया है।

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

अप्लिकेटर के विवरण का नाम या विवरण

**AGREEMENT by HOSPITAL: अस्पताल का:**

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 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इसी अनुमति, अस्पताल की यही या वाली विवरण को "कोशिका सहायता" के लिए यही विवरण है जो कोशिका सहायता का वाला विवरण है।

- 1) यह यही विवरण है कि यही विवरण नहीं है कि कोशिका सहायता के लिए यही विवरण है जो कोशिका सहायता के लिए दिया गया विवरण है। यही विवरण "कोशिका सहायता" के लिए यही विवरण है कि कोशिका सहायता के लिए दिया गया विवरण है।
- 2) "कोशिका सहायता" के लिए यही विवरण नहीं है कि कोशिका सहायता के लिए दिया गया विवरण है।

- 2) "कोशिका सहायता" के लिए यही विवरण नहीं है कि कोशिका सहायता के लिए दिया गया विवरण है।
- 3) "कोशिका सहायता" के लिए यही विवरण नहीं है कि कोशिका सहायता के लिए दिया गया विवरण है।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
कोशिका के लिए विवरण

Date of Surgery अंडोलन की तिथि  04/12/2018	Dr. Ashwini Kumar MSBS MS FICO Reg. No. 66028  (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) कामयादी का नाम व अंडोलन की तिथि	Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital नाम व विवरण कोशिका सहायता
---	--	---

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी उपायक 1  <i>[Signature]</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी उपायक 2  <i>[Signature]</i>
--	--

