

19/01/2038

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: आवेदन संख्या: V/0219/1208 APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: 25/02/19

NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम: Somoti AGE-YEARS आयु-वर्ष: 69 SEX लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/सहोदर का नाम: Dr. Fakhan

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता: Lohanam Path, Indiya Mohalla

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता: Distt- Patna, H.R. 121106

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता: same as above

OCCUPATION: व्यवसाय: House. wife MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): ☒ MARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय: NA (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न करें): NA

PAN No. स्थायी आयकर संख्या: NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं): Yes / No हाँ / नहीं ☒ No

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 संबंध
1.	Umaprakash	72	M	Husband
2.	Dhriti	45	F	Daughter
3.	Vishnu	41	M	Son
4.	Abhishek	39	M	Son
5.	Gayatri	37	F	Daughter
6.	Geeta	34	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति 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) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	RE - JMSC
2.	IP - JMSC
3.	Surgery - (RE) STCS + JOL

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 सी गई सहायता राशि
1.	SC CH	



DECLARATION by APPLICANT: (अर्पक 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं सत्य प्रमाण प्राप्त होता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इससे घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में पद प्राप्त है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य की नहीं हूँ, उस राशि या मदद को किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पक 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 दस्तावेज पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (अर्पक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस दस्तावेज में प्रकाशित हैं, जो "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, दूर, दूरदर्शन, दूर, दूरदर्शन, दूरदर्शन से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे द्वारा या विवरण मेरे हस्ताक्षर के बिना या बिना मेरे बिना के बिना "कोशिका फाउंडेशन" के बिना प्रसारित हैं।
- 2) मैं (अर्पक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है और इससे सहायता का हस्ताक्षर नहीं होगा। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा प्रसारित भविष्य की निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगी।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्पक के हस्ताक्षर या अंगुली की छाप



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.
- हमारी स्वीकृति, हस्ताक्षर की और से हमने यहाँ पर "कोशिका फाउंडेशन" को सिफारिश करने के लिए स्वीकृति की जा रही है, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं:
- 1) यह कि न तो हमारा और न ही भविष्य में भविष्य में सहायता किसी भी सहायता स्रोत से किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी, जो कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/प्रस्तावित करने के लिए सहायता "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता निर्दिष्ट नहीं की जाती है, तो हमारा हस्ताक्षर कि हमें अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट किया गया है कि सहायता सिर्फ वित्तीय मदद तक सीमित होगी कि किसी भी सहायता स्रोत या किसी अन्य सहायता से नहीं प्राप्त होगी।
 - 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्राप्त होगी, वह केवल वित्तीय होगी। मेरी या हस्पताल द्वारा दी गई सहायता का निर्णय मेरी या सहायता/प्रक्रिया का चुनाव मेरी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसीलिए हस्पताल में मेरी के उपचार दवा और अन्य करने की पूरी जिम्मेदारी हमारे पास होगी और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 25/02/19	DR. PRITA AGRAWAL MCI No. 58417 Sign _____ (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व छाप	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) मान्यता पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अन्तर्गत उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोसे इलाका 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोसे इलाका 2
<i>(Signature)</i>	<i>(Signature)</i>