

C19/03/0032

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life.		
APPLICATION No. : V/0319/1258 APPLICATION DATE : 01/03/19		NAME of APPLICANT : Rajendra AGE-YEARS 72 SEX M		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : Bhuday PRESENT RESIDENCE ADDRESS : Ghasiyajahi, Kelaahar PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : Same as above		PAST PHOTO HERE  (1258) Rajendra		
OCCUPATION : Unemployed TOTAL ANNUAL INCOME : NA		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) (Attach Proof of Income) NA		
PAN No. ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / 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 सम्बन्ध
1.	ABHAY	late	F	Wife
2.	Jaybhaj Singh	48	M	Son
3.	Manohar Singh	45	M	Son
4.	Baldev Singh	40	M	Son
5.	Omkan Singh	39	M	Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (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			
	PE — PP LE — IMSC Surgery — (LE) STCS + PC + OC			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES				
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशी		
1	PECH			

DECLARATION by APPLICANT: **ਅਰੰਭਿਤ** ਇਹ ਭੀਖਣਾ ਪਤਾ:

- 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 योचनक करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कारण असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरी इसकी सहायता एतद् "कीटिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पता लगा है।
- 3) मैं योचनक करता हूँ कि बिना सहायता हेतु यह प्रारूप को नहीं दूँ, उस एतद् की कीटिका या सहायता किसी अन्य स्रोत/निर्देशक/बीमा कम्पनी से न ली जाये और न ही भविष्य में ली जाये।

AGREEMENT by APPLICANT (signature and name)

- 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/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 it's 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न का अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्हक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रोविड है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, स्वर, चर/चर/चर द्वारा इंटरनेट या कुछी मीडिया/चैनल और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मैंने इसलिये के पहले या कर के करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता को इंटरनेट से प्रोविड है कुछी स्तर: सहायता का इकट्ठा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आगे बढ़ते हैं तो हमें यह भी ध्यान रखना पड़ेगा कि हमारे पास क्या-क्या संसाधन हैं।

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल से सहमति)

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.

इससे अधिकतर, इसका अर्थ भी अंदर से घबराहट/दिली भी "संविदा का प्रमाण" से मिलित प्रमाण होना सिद्धांत भी जारी है, जिसे इन (इसका) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:

1. यह कि न तो मांसम और न ही अधिकतम वित्तिय सहायता किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य इकाई से उक्त ऐंटी-मॉन्टो में होने या न होने के, जैसे कि अपने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिप्रीडी/वित्तिय उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मर हो कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तिय अतिरिक्त/सकल हो मजुत नहीं किप जहां है तो अस्पताल किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य सनस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुनिश्चित राखा है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जात है कि अस्पताल वित्तिय मर उक्त ऐंटी-मॉन्टो हो किसे भी सरकारी संस्था या किसी अन्य सनस्थान से नहीं लेना-लेनी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से हो गई सहायता कोना वित्तिय प्रकृति को है। ऐंटी पर हास्पताल द्वारा भी यह सहायता या वित्तिय मर अवरका/अधिकतम का पुनरावर्तन नहीं हास्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायता नहीं है। इसलिये हास्पताल में ऐंटी के प्रत्यक्ष सुका और जाने जाने को नहीं विनियमित/नियंत्रित कर हास्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई शुद्धता या लिपेन्डोरी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृति के लिए संसुचि

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

02/03/19

Dr. ABHISHEK HANDA
MCI No.-09-35672
Sign.....

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

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

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्निष्ठ उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामही हस्ताक्षर ।

Sefernyak

SIGNATURE of TRUSTEE 2

 नामी हस्ताक्षर 2

12/28