

219/06/0116

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

 (Healthcare)
 (स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building block of life.

 APPLICATION No. :
 आवेदन संख्या : V/0619/0250

 APPLICATION DATE :
 आवेदन तिथि 13/06/19

 NAME of APPLICANT :
 आवेदक का नाम Satya Prakash

AGE-YEARS आयु-वर्ष 59

SEX लिंग M

 FATHER'S/SPOUSE'S NAME :
 पिता/कटुम्ब का नाम Jagdeesh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान अवासस्थ पता

Vill - Bhanpura Post - Nagla Bhanpura

Dist - Hathras U.P. 204213

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई अवासस्थ पता

Same as above


 Pre op Post op
 (0250) Satya
 Prakash

 OCCUPATION :
 व्यवसाय Farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

 TOTAL ANNUAL INCOME :
 कुल वार्षिक आय 20000/-

 (Attach Proof of Income)
 (आय का साक्ष्य संलग्न) NA

PAN No. सवाई खाल संख्या

 ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
 क्या आप आय कर राज है (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न 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 | Savitri Devi | 55 | F | wife |
| 2 | Amit kumar | 24 | M | son |
| 3 | Vikram Singh | 23 | M | .. |
| 4 | chetu | 17 | M | .. |

 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य |
|---|---|---|--|
|---|---|---|--|

 "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
 सहायता हेतु किये गये किसी का उद्देश्य:

| Sr. No. क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रविष्टि सूची संलग्न |
|------------------------|--|
| | RE - TMSC |
| | IE - TMSC |
| | Surgery - (RE) SICS + IOL |

 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 लै गई सहायता राशि |
|------------------------|---|---|
| 1. | SCCH | |

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

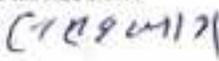
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance liable for rejection/cancellation.
 - 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", 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 प्रत्येक में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाय तो उसे मेरी प्रार्थना विरुद्ध कोषिका फाउंडेशन द्वारा खारिज/रद्द किया जा सकता है।
- 2) मैं दृढ़ता से स्वीकार करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, केवल उद्देश्य के लिए ही उपयोग की जाएगी, जो इस प्रत्येक में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि भविष्य में मैं किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बिमा कंपनी से न तो सहायता लेऊंगा और न ही भविष्य में लूंगा।

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-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 is in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रत्येक पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी छवि को प्रकाशित करने एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायोपाल" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रत्येक में उल्लिखित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रसारित, प्रकाशित/प्रसारित करने के लिए अन्य स्रोतों को आमंत्रित करने के लिए और/या कोशिका फाउंडेशन और/या कोशिका फाउंडेशन के बारे में जानकारी प्रसारित करने के लिए उपयोग करेगा। इस प्रकार का उपयोग मेरे उपचार के पूर्व या बाद में किया जा सकता है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कोशिका फाउंडेशन के न्यायोपालों को प्रकाशित करने के लिए उपयोग करने से मैं स्वतः कोशिका फाउंडेशन का अधिकार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उक्त न्यायोपालों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान 

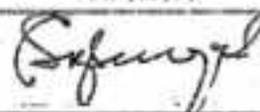
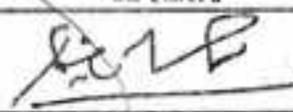
AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

- 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.

- इससे आगे बढ़कर, हस्ताक्षर की ओर से भर्तार/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश भी करती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सकारात्मक संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए मांगी जाएगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के साथ ही "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जाती है, तो हमें उक्त सहायता को पूरा करने के लिए अन्य स्रोतों से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाय कि कोशिका फाउंडेशन द्वारा उक्त रोगी/रोगी हेतु सिफारिश की गई सहायता के लिए कोशिका फाउंडेशन को कोई भी भूमिका नहीं होगी।
 2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता मिले, केवल उद्देश्य के लिए ही उपयोग की जाएगी, जो इस प्रत्येक में बताया गया है। इस प्रकार का उपयोग मेरे उपचार के पूर्व या बाद में किया जा सकता है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
Dr. ABHISHEK HA...
 डॉ. अशिशेक हा... के लिए सिफारिश

| | | |
|---|--|--|
| Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 13/06/19 | MCI No. 09-35672 MCI No. 09-35672 Sign  (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर 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 आन्तरिक उपयोग हेतु | |
| SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायोपाल 1 | SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायोपाल 2 |
|  |  |

09.08.2018