

Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life.			
APPLICATION No.: आवेदन संख्या: C/0919/0146		APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: 18.08.2019					
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम: Sujeel		AGE-YEARS आयु-वर्ष: 65				SEX लिंग: M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कन्या का नाम: Raghu Singh							
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता: Village - Rasoolpur, Chikmagalur Dist - Chikmagalur, Karnataka 577101							
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता: 1st floor				Pre OP Post OP Sujeel- 0146			
OCCUPATION: व्यवसाय: Farmer		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): ☒ ☐					
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय: 62,000		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न): NA					
PAN No. स्पष्ट संख्या: NA							
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही कर चिह्नन लगाएं): Yes हाँ ☐ No नहीं ☒							
FAMILY DETAILS परिवार विवरण							
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध			
(1)	Rakesh Kumar	40	M	Son			
(2)	Pooja	38	M	Son			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति 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)		Aadhar Card (Attach Copy) उपयोगिता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)			
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य							
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये निवेदन का उद्देश्य:							
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न						
(1)	Diagnosis - RF IMSC CE IMSC						
(2)	Surgery - RF STCS + IOL						
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?							
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कौन सी सहायता पंजी				
(1)	SCFI						

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक 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 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 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, or for which this assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप 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 जायेगी।
- 2) मैं दृढ़ता से सहायता को "कोशिका फाउन्डेशन", से ही प्राप्त करूँगा, जो इस प्रारूप में पत्र किया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि बिना सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस प्रति का अधिकतम या सकारात्मक दिशा में किसी अन्य प्रोड/एम्प्लॉयर/बीमा कंपनी से न हो सके तथा मैं इसे और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा करार)

- 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 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और वे विवरण इस प्रारूप में घोषित हैं, उसे "कोशिका" एम्प्लॉयी, एन, सचिव/या अन्य उद्देश्य से मुझे अधिकृत और उद्देश्यों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी कथन का बिना किसी भी प्रकार के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" न लम्बी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के अर्थों से प्रार्थित है मुझे तथा: सहायता का इस्तेमाल नहीं करता इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लॉयी न्यायियों या किसी भी अन्य अधिकृत और सचिव/या होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदनक 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 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से समस्त/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किन्तु हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्पष्ट व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सकारात्मक माध्यम या किसी अन्य स्रोत से उम्मीदवार/रोगी को देने या से रहे हैं, बल्कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनियमन उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रारंभ हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/सकारात्मक हेतु प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सकारात्मक माध्यम या किसी अन्य माध्यम से सहायता देने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता वित्तीय प्रारंभ उक्त रोगी/उम्मीदवार हेतु किसी गैर सकारात्मक माध्यम या किसी अन्य माध्यम से नहीं सहायता/रोगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही मैं सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज हमारे ही नहीं करता या किने गये उपचार/प्रक्रिया का सुचारु रूप एवं इलाज को बीच का विवरण है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए हमारा मत है रोगी के इलाज सुरक्षा और जाने जाने की जारी बिन्दु/रोगी हेतु एवं हमारा की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
अपरेशन की तारीख

18.09.2019

Dr. Monali Rathod (DNB)

DR. Monali Rathod

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

VIVEK RANA

Administrator

(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

न्यायी हस्ताक्षर 1

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायी हस्ताक्षर 2

[Signature]