

 **Koshika**
foundation
Building block of life.

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(स्वास्थ्य देखभाल)			
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि					
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष				SEX लिंग	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/हस्तु का नाम		57				F	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता		Village - Ladipur Post - Behat Taluk - Behat Distt - Saharanpur Uttar Pradesh 247121					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता		its above					
OCCUPATION : व्यवसाय		Housewife					
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय		55,000		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
PAN No. स्थाई खाता संख्या		NA		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)		Yes / No हां / नहीं		NA			
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)	Raghuveer	60	M	husband			
(2)	Soni	38	M	son			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार							
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा 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 विनती का उद्देश्य:							
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न						
(1)	Diagnosis - RE - 1MSE LE - 1MSE						
(2)	Diagnosis - RE - temporal lobe + 1MSE						
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया हो?							
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशि			
(1)	SCEH						

DECLARATION by APPLICANT (अर्शक द्वारा घोषणा):

- 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 table 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 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, 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 निवारा एवं भुगतान प्राप्त यात्रा है तो मेरी सहायता निरास को करेगा।
- 2) मैं घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से सहायता प्राप्त होगी, जो केवल इस प्रारूप में उल्लेख किया गया है, जो इस प्रारूप में प्राप्त किया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता से भुगतान की मांग नहीं करूँगी, न ही भविष्य में भुगतान की मांग करूँगी।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा सहमति)

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

1) इस प्रारूप पर मेरी हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी सहमति की घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित हों, जहाँ "कोशिका" एम्प्लॉयी, डॉक्टर, फाउन्डेशन द्वारा उद्देश्य से मुझे भविष्य में और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रचारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे प्रारूप के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व ट्रस्टियों अधिकृत है।

2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित है मुझे पता: सहायता का उपकरण नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लॉयी ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक की हस्ताक्षर या बाएँ की छाप

RM
segi

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा सहमति)

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, in 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 और से हमारे/हमारे को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किन्तु हम (हस्पताल) निम्न प्रारूप से सत्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो हमारे और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता कोष या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/होगी यदि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता प्राप्त होती है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता प्राप्त करने के लिये अन्य स्रोतों का उपयोग करना होगा। इस प्रारूप में उल्लेख किया गया है कि सहायता वित्तीय प्रकृति की होगी और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित है।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की होगी। हमें पता है कि हमारे/हमारे को "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता प्राप्त होगी, जो कि हमारे/हमारे को "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता प्राप्त करने के लिये अन्य स्रोतों का उपयोग करना होगा। इस प्रारूप में उल्लेख किया गया है कि सहायता वित्तीय प्रकृति की होगी और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
अपरेशन की तारीख

18.09.2019

Dr. Monali Rathod (DNB)

D R. Monali Rathod

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

डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व मुद्रा

VIVEK RANA

Administrator

(Name, Signature & Stamp of Authorised Signatory)

(Monali Rathod)

नाम व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नामों हस्ताक्षर 1

Safar

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामों हस्ताक्षर 2

Safar