

C11019/0196

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika  
foundation  
Building Block of life.

 APPLICATION No. : आवेदन संख्या : C11019/0196  
 APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 11.10.2019

 NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम Ballesh  
 AGE-YEARS आयु-वर्ष 55  
 SEX लिंग F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/पत्न्य का नाम W/o Nalhiram

 PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता  
 Village - Kalampani Mayra Post  
 Sahasrastra (Taluk) - Sahasrastra Dist #  
 Sahasrastra Taluk Pradipal. 1947121  
 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता  
 AS ABOVE

 Pre op Post op  
 Ballesh 0196

 OCCUPATION : व्यवसाय Home wife  
 MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

 TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय 55,000  
 (Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न) N/A

PAN No. स्थायी खाता संख्या NA

 ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
 क्या आप आय कर चुकाते हैं (को चयन हो उस पर छाँड़ी का निशान लगाएँ) Yes (हाँ) / No (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)	Nalhiram	60	M	Husband
(2)	Laxman	30	M	Son
(3)	Sumit	25	M	Son

 BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
 सहायता के लिये निम्नी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) एटीबी कार्ड के साथ 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) उपभोजन कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	---	---

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
(1)	Diagnosis - RE - IMCC LE - IMCC
	Surgery - RE - SCS + IOL

 ASSISTANCE BEING AWAILED 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 AWAILED कौी वर्ष सहायता रही
(1)	SCEH	

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदन दान प्रेषण पर:**

- 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, if applicable 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 यथेष्ट बता रहा हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं द्वारा जो सहायता मिले "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, जल्दा उपरोक्त उसी उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में माग किया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं सहायता हेतु यह आवेदन नहीं हूँ, जब तक कि अधिक या बहुत विस्तार किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/बीवी कम्पनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में होगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन दान करण)**

- 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में बतिया है, इसे "कोशिका" द्वारा, पत्र, सचित्र/चित्र द्वारा, इलेक्ट्रॉनिक से बुद्धि गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। ये प्रश्न का विवरण मेरे प्रश्न से पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व उसी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है, यहाँ तक: सहायता का इकाया नहीं बनता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसके ट्रस्टीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION**

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

*L.H. Singh*  


**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर दान करण)**

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 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.

इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से आवेदन/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे इस (हस्पताल) विना प्रस्ताव से मान्य व स्वीकार करने है।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी/रोगी के लिये या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त हो लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उम्मा से सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विना/असहमत हेतु मन्सूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य या सहायता संचयन या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय मदद उस रोगी/रोगी हेतु किसी भी रोगी/रोगी के लिये या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा की गई सहायता या किसे गैर उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुचारु और अपने अपने को सही विनियमों रोगी एवं हस्पताल को होने और "कोशिका" को कोई सुविधा या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख

11.10.2019

**DR. Monali Rathod (M.B.B.S)**  
 Reg. No. 10-3021  
*DR. Monali Rathod*  
 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
 डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप, व

*Vivek Rana*  
**VIVEK RANA**  
 Administrator  
 (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)  
 डॉक्टर व/वा हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
नामों हस्ताक्षर 1

*Rafique*

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
नामों हस्ताक्षर 2

*Dr. S. P.*