

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा कर:

- 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 any, 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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी से अनुभव प्राप्त एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता मिलने की संभावना है।
- 2) मैं द्वारा जो सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में पता लगा है।
- 3) मैं सुनिश्चित करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रपत्र की गई है, उस पर किसी का अतिरिक्त या समकाल विवरण किसी अन्य संगठन/रोजगार/बीमा कम्पनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में होगा।

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 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 in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठी के छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) आवेदनक को सुनिश्चित करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में संक्षिप्त है, उसे "कोशिका" एम्प्लॉयर्स, राय, चरित्र/या दूसरे उद्देश्य से मुझे सौकरिणियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने से लिए अधिकृत है। मैं प्रपत्र का विवरण सही हस्ताक्षर के पत्रों पर कर के करने से लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित है मुझे तथा सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लॉयर्स न्यायीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान

self


AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पाताल 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.

- इसमें अधिकृत, इलाजगरी की और से चाम्बले-रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना इस (हस्पताल) निम्न प्रकार से अन्य से स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सारकारी संस्थान का किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त होने का संभव है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/बिना उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियम अतिरिक्त/समकाल हेतु समुदाय नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सारकारी संस्थान का किसी अन्य सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस सुनिश्चित करने का अर्थ है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/प्राप्त हेतु किसी और सारकारी संस्थान का किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।
 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा ही सही सहायता का निर्णय एवं उपचार/प्रक्रिया का सुनिश्चित एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अपने जाने की सभी जिम्मेदारियों होती एवं हस्पताल को होती और "कोशिका" को कोई सुविधा का जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

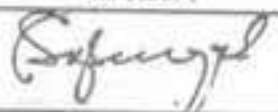
सिफारिश के लिए संस्तुति

Date of Surgery
 ऑपरेशन की तारीख
 15.10.2019

Dr. Gaurav Shah
 DR. Gaurav Shah
 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
 डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व एच. नं.

Vivek Rana
VIVEK RANA
 Administrator
 (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory of Hospital)
 नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
 नामों हस्ताक्षर 1


SIGNATURE of TRUSTEE 2
 नामों हस्ताक्षर 2


C19/10/0279



APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

APPLICATION No. : आवेदन संख्या : 011019/0221 APPLICATION DATE : अवेदन तिथि 15.10.2019

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम Ram Singh AGE-YEARS जन्म-वर्ष 60 SEX लिंग M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/सहस्रव्य का नाम



Preop Postop
Ram Singh 0221

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता
WILLIAMS - JANTA ANJUNDAH PAST + TAJUL RAMPHU (MORNING) DISTT - SAHARSA (WEST) PINCODE - 247457

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता
IAS ROAD

OCCUPATION : व्यवसाय labour MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय 67,000 (Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें) N/A

PAN No. टयाई नंख्या N/A Yes/No हाँ/नहीं

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)

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 से संबंध
(1)	ROSHNI	56	F	WIFE
(2)	Rishi	23	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोगिका कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	--	--	---

"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 - IMSC LE - IMSC + Disc Suspect
(2)	Surgeony - LE - Temporal SIC5 + IAL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ले गई सहायता राशि
(1)	SCFH	