


APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	Koshika Foundation Building back the		
APPLICATION No आवेदन संख्या :	C.1012010346	APPLICATION DATE आवेदन तिथि	09.07.2020		
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम	Sumitra	AGE-YEARS आयु वर्ष	55	SEX लिंग	F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/कटुम्भ का नाम	Mulshih				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता	Village - Raupur Post Behat Tahsil Behat Distt Saharanpur Uttar Pradesh 247121				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाय आवासीय पता	As above	Pre op Postop 0346 Sumitra			
OCCUPATION व्यवसाय	Farmer	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय	58,000	(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न) NA			
PAN No. क्या खाता संख्या	NA				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये)		Yes/No हां/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 सम्बंध	
(1)	Mulshih	58	M	Husband	
(2)	Roshan	25	M	Son	
(3)	Rakhi	20	F	Daughter	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विनोद आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) नरीबी रेश 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) उपभोगिका कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य		
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनोद का उद्देश्य					
Sr No क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिलिखित सूची संलग्न				
(1)	Diagnosis - RE - TMSC LE - TMSC				
(2)	Surgery - LE - SIC3 + IOL				
ASSISTANCE BEING AWAILED 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 AWAILED ले गई सहायता राशी			
(1)	SCEH				

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा संघर्ष पत्र:

- I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & any assistance granted thereon liable for rejection/cancellation.
- I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which it was requested by me.
- 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 the assistance is requested.
- मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एव कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त हो सकती है।
- मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता प्राप्त "कोशिका फाउंडेशन" से जो आ रही है, उसका उपयोग उक्त उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रार्थना की नहीं है, उस व्यक्ति का भौतिक या वस्तुतः किसी अन्य प्रतिनियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।


AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 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 it's activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfilment of the "purpose" for which assistance is being requested.
- 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.

- इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) स्वयं सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायोर्थ" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा जाहिर, दान, प्रचार/प्रचार हेतु उद्देश्य से दुई गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" से न्यूनता अधिकृत है।
- मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है उसे स्वतः सहायता का इस्तेमाल नहीं करना। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उक्त उद्देश्य का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



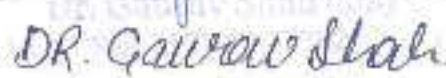

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

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:

- 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.
- 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.

- हमारा अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मामला/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।
- वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या तो रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता/वित्तित उक्त उद्देश्य में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा करार हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तीय आर्थिक/सकल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य और सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल वित्तीय मदद उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।
 - "कोशिका फाउंडेशन" से तो यह सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा ही यह अलग या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव होगा एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाज सुरक्षा और अपने जाने की सारी जिम्मेदारियाँ होंगी एवं हस्पताल को होंगी और "कोशिका" की कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 09-01-2020	 DR. Gaurav Shah (Signature of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व पंजी (स)	 VIVEK RANA (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी
---	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2 
---	---