

20-09-2020

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: A/0920/0010

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: 08/09/2020

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: Babulal Jaga

AGE-YEARS / आयु-वर्ष: 69  
SEX / लिंग: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/कन्या का नाम: Devisahay



Pre op. / Post op.  
0010 / Babulal Jaga

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता

Village - Bazis Bass, Teh. - Rajgarh

Dist. - Alwar, Rajasthan - 201408

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थाई आवासीय पता

as above

OCCUPATION / व्यवसाय: Farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: 76000/-

(Attach Proof of Income) / (आय का साक्ष्य संलग्न) NA

PAN No. / स्थाई 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 लगायें): Yes / No हाँ / 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)	Hemchand	37	M	SON
(2)	DEEPAK	33	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) / पीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया छवि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया छवि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) / उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को छाया छवि 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 - JMSE LE - PP
2.	Surgery - RE - SIC&IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED 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 AVAILED / स्वी गई सहायता राशि
	NIL	

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा 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 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/employment/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिए गये सभी विवरण सटीक 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 घोषणा करता हूँ कि यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से मदद मिलेगी है, तो मैं उसे केवल उसी उद्देश्य के लिये ही प्रयोग करूँगा, जो इस प्रकरण में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु पर भविष्य में कोई भी अन्य स्रोत/नियोजक/बीमा कंपनी से न तो मदद लूँगा और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक 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/post-up/produce 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.
- 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठी का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके 'व्यक्तियों' " को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रयोग करें, उसे "कोशिका" एवम् 'व्यक्तियों' द्वारा, कथन/पता दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रकरण का निष्पत्ति में इतना के पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" व 'व्यक्तियों' अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य में, प्रसारित है पूर्णतः सहायता का इकट्ठा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके 'व्यक्तियों' का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुठी का छाप

*Balraj Jaga*

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)**

- 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.

- हमने अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उठा ली जाएगी, क्योंकि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता/सिफारिश उठा कर सहायता मिलेगी, जिसकी सीमा तक सहायता मिलेगी। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता नहीं मिलेगी, तो हमें सहायता के लिए अन्य स्रोतों से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखना है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता वित्तीय मदद उठा लेने/पान करने हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
  - 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो मदद सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमें यह हस्पताल द्वारा ही यह मदद या बिना कभी उपचार/प्रक्रिया का चुनाव लेने एवं हस्पताल में ही प्रयोग किया जाये और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाज शुरू और अपने जाने की सारी जिम्मेदारियाँ हमें ही हस्पताल की होंगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारियाँ इस मामले में नहीं होंगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख

09/09/2020

*M. S. Gupta*  
**M. S. GUPTA**  
(Name, Designation & Reg. No. of M.D.)  
डॉक्टर M.S. गुप्ता (M.D.)  
REG. NO. DMCI 108622

*L. Massey*  
**L. MASSEY**  
(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory  
of Hospital)  
डॉ. स्टॉल्स एच. एस. एस. के लिये हस्पताल अधिकृत अधिकारी

**REG. NO. DMCI 108622** INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION अनंतीक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
व्यक्ति हस्ताक्षर 1

*S. Gupta*

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
व्यक्ति हस्ताक्षर 2

*S. Gupta*