

C20-81-0439

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: A/0920/0013
APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: 19/09/2020

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: Sher Singh
AGE-YEARS / आयु-वर्ष: 77
SEX / लिंग: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/पत्नी का नाम: Ramsurup

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता: Village - Ishroods, Teh. - Tizara

Dist. - Alwar, Rajasthan - 301411

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थाई आवासीय पता: as above



Proof of. Post of. Sher Singh
0013

OCCUPATION / व्यवसाय: Farmer

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: 75000/-
MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): MARRIED

PAN No. / स्थाई आयकर संख्या: NA
(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न): NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाए): 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)	Phoolwasi	72	f	wife
(2)	Subesh	33	m	son
(3)	Surendra	43	m	son

BAIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) / पटवरी रीखा को नीचे प्रमाण पर (प्रमाण पर की जाय प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / अन्य आय वर्ग प्रमाण पर (प्रमाण पर की जाय प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) / उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पर की जाय प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof / अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

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

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई इतिवेदन पुची संलग्न
(1)	Diagnosis — RE-IMSC LE-IMSC
(2)	Surgery — RE-SICSTIOL

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 / ले गई सहायता राशी
	NIL	

DECLARATION by APPLICANT (अर्पक 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 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 2) मैं दृढ़ता से सहायता को "कोशिका फाउन्डेशन", से ही प्राप्त करूँगा, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में माया गया है।
 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु वह प्रत्येक को नहीं हूँ, उस राशि का प्रतिफल या वापस हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बिमा कम्पनी से नहीं लिया है और नहीं लिये जा रहा है।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पक 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/print-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 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 acceptably to me.
- 1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्पक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके 'व्यक्तियों'" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् 'व्यक्तियों', घर, संपत्ति/व्यक्तिगत संपत्ति से जुड़े पहचानपत्रों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे हस्ताक्षर के बिना या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" व 'व्यक्तियों' अधिकृत है।
 2) मैं (अर्पक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से घोषित है मुझे भला: सहायता का इंतजार नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एवम् उसके 'व्यक्तियों' का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्पक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

(Handwritten Signature)
शरीश

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:

- 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.

हमारे 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 संस्था या किसी अन्य स्रोत से उस रोगी/ममले में ली जायेगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/अर्पकित उस संस्था में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निरती अतिरिक्त/वापस हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल वित्तीय धर पर उका रोगी/रोगी हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।
 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल व रोगी के इच्छा/सुख और अपने जाने को ली जिम्मेदारी लेगी एवं हस्पताल को रोगी और "कोशिका" को कोई धुंधला या जिम्मेदारी इस मामले में ली होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
अपरेशन की तारीख
19/9/2020

(Handwritten Signature)
DR. NUPUR GUPTA
(Name of Dr. & Designation)
हस्ताक्षर का नाम व पद
MS (OPHTHAL)
Reg. No. - DME/106822

(Handwritten Signature)
MASSEY
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)
हस्ताक्षर का नाम व पद (हस्पताल अधिकृत अधिकारी)

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक प्रयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
(नामो हस्ताक्षर)

(Handwritten Signature)

SIGNATURE of TRUSTEE 2
(नामो हस्ताक्षर)

(Handwritten Signature)