

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. आवेदन संख्या: A/0920/0014

APPLICATION DATE आवेदन तिथि: 19/09/2020

NAME of APPLICANT आवेदक का नाम: Chandar

AGE-YEARS आयु-वर्ष: 69
SEX लिंग: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/पत्न्या का नाम: Seeta Ram



Pre op. Post op.
0014 Chandar

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान अस्थायी पता
Village - Jhuwana, Teh. - Tijara.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी अवामोच पता
Dist. - Alwar, Rajasthan - 301704

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. स्थायी खाता संख्या: NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable).
क्या आप आय कर दाता हैं (जो चयन हो उस पर सही का निशान लगावे):
Yes हाँ No नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) आयु (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से संबंध
(1)	Santrey	60	f	Wife
(2)	Dharam Veer	30	m	Son
(3)	Amerdher	28	m	Son.

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

BPL Card (Attach Card Copy) पीपीबी कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोगकर्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ प्रति 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 प्रतिनिर्देश सूची संलग्न
(1)	Diagnosis - RE - IMSC LE - IMSC
(2)	Surgery - RE - SICS + 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 ली 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/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण 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 घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो राशि मुझे है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माग गया है।
 3) मैं घोषणा करता हूँ कि विम सहायता हेतु वह व्यय किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करा)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post-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.
 - 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 की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने स्वीकृति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में प्रेषित है, उसे "कोशिका" एम्प न्यायीयों, दान, वाचना/या दूसरे उद्देश्य से मुझे गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में मेरे नाम के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यायीयों अधिकृत है।
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एम्प उसके न्यायीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान

Chandra

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करा)

- 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.

- इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार्य करते हैं।
- 1) कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगीयों में लेनी या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विधि अधिकृत/सफल हेतु मन्तव्य नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत सहायता या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल प्रीति मदद उक्त रोगी/रोगीयों हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।
 - 2 "कोशिका फाउन्डेशन" से जो राशि सहायता के रूप में प्रेषित की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही राशि का प्रयोग किया जा सकता है। अस्पताल के बीच का विवरण है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अन्य बातों को स्वतः जिम्मेवारी लेने एवं हस्पताल को होगा और "कोशिका" को कोई दायित्व या जिम्मेवारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिये स्वीकृति

Date of Surgery
 अर्पण की तारीख

19/09/2020

Mufim
DR. NUPUR GUPTA
 (Name of Dr. & Regd. M.D. with Speciality)
 हासल न्यायीयों व अधिकृत
 0986622

[Signature]
DR. SHARMA
 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)
 Dr. Sharma is Hospital, Alwar
 के लिये हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION अनारक्षित उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
 न्यायीयों हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
 न्यायीयों हस्ताक्षर 2