

MR No. C-20-09-0606

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
 (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. आवेदन संख्या: **A/0920/0031**

APPLICATION DATE आवेदन तिथि: **24/09/2020**

NAME of APPLICANT आवेदक का नाम: **Banwari**

AGE-YEARS आयु-वर्ष: **67**  
 SEX लिंग: **M**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/पत्नी का नाम: **Madiya**



PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता: **Village - Patan Kalan, Teh. - Tizara,**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता: **Dist. - Alwar, Rajasthan - 301411**

Preop. Post of: **0031 Banwari**

OCCUPATION व्यवसाय: **Farmer**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित):  MARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय: **60,000/-**

(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न): **NA**

PAN No. स्थायी आय का संख्या: **NA**

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable). क्या आप आय का दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगावे): **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.	Shamhi	89	F	wife
2.	Khem Chand	37	M	son
3.	Kishan	33	M	son
4.	Sumit	30	M	son
5.	Pamj Jal	29	M	son

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

BPL Card (Attach Card Copy) पंचायती राज 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) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	--	---	--

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
(1)	Diagnosis — RE-PP LE-MCC
(2)	Surgery — LE-SICS+JOL

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 (अर्शक द्वारा घोषणा कर):**

- 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 applicable 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 such assistance 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, of the amount for which this assistance is requested.
- मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मेरे द्वारा जो सहायता यथा "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में पेश गया है।
- मैं पुष्टि करता हूँ कि किस सहायता हेतु वह प्रार्थना की गई है, उस उपाय का अधिक या कमत हिस्सा किसी अन्य स्रोत/व्यक्ति/बिमा/कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा करार)**

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- इस प्रकरण का अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपने सहयोगी को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके 'व्यवस्थापकों' को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में प्रेषित है, उसे "कोशिका" एवम् 'व्यवस्थापकों', द्वारा, भाषण/रूप द्वाारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरी इच्छा के बिना या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" व 'व्यवस्थापकों' को अधिकृत है।
- मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है, मुझे स्वतः सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके 'व्यवस्थापकों' का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:  
अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

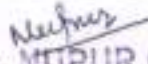
  
L.T  
Bamwasi

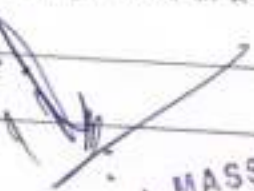
**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)**

- 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 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.
  - 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 आप/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) वित्त प्रकर से प्राप्त न होकर करते हैं।
  - यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उस रोगी/रोगी के लिये या तो नहीं है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उद्देश्य के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा करार हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/दुपलट हेतु मन्जूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय प्रकरण उठा कर फेरी/मामले हेतु किसी "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का हस्पताल द्वारा दी गई उपचार का निर्णय एवं उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुचारु और अपने काम को जारी रखने/रोगी एवं हस्पताल को रोगी और "कोशिका" को कोई पुष्टिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery  
अपरेशन की तारीख  
24/09/2020

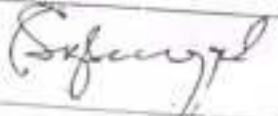
  
**Dr. NUPUR GUPTA**  
(Name of the Doctor with Stamp)  
डॉक्टर का नाम व मुहर  
REG. NO. 10706622

  
**L. MASSEY**  
Administrator  
(Name, Designation & Stamp of the Authorised Signatory on behalf of Hospital)  
हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अनार्थक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
नामों हस्ताक्षर 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2  
नामों हस्ताक्षर 2

