

MR No. C-20-09-0607

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika  
foundation  
Building block of life

APPLICATION No. आवेदन संख्या - A/0920/0032 APPLICATION DATE आवेदन तिथि 24/09/2020

NAME of APPLICANT आवेदक का नाम Ject Ram AGE-YEARS आयु-वर्ष 73 SEX लिंग M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/कटुस्थ का नाम Kishan Lal



Pre op. 0032 Post op. Ject Ram

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान अस्थायी पता  
Village - Bhanekar, Teh. - Tizara.  
Dist. - Alwar, Rajasthan - 301707  
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई अस्थायी पता  
as above

OCCUPATION व्यवसाय Farmer

TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय 60,000/-

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)  
(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 चिह्नन लक्षण): 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.	Nargi	72	F	Wife
2.	Dimesh	37	M	Son

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

BPL Card (Attach Card Copy) लोको रेश का चोके प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	---	--

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आपका/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
(1)	Diagnosis - RE- PP LE- MSC
(2)	Surgery - LE- 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:**

- 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 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 निराह की जा सकती है।  
 2) मैं ठोस तौर पर सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में पूछा गया है।  
 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु वह प्रमाण को नहीं है, उस प्रति का अधिक या सबल किसी किसी अन्य प्रोडिगेशन/रोपी कम्पनी से न ले लिया है 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 its 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 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 is in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी 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 प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायी, चर, सचिव/पद पूर्ण उद्देश्य से चुनौती गतिविधियों और उत्पत्तियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इरादों के बदले या बदलने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यायी अधिकृत है।  
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रार्थित है मुझे सहायता का हक्का नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यायीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:  
आवेदक पर 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:
- 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, इस्तफादी की ओर से सहायता हेतु सिफारिश को स्वीकार है, जिसे हम (हस्पताल) सिर्फ प्रकर से प्राप्त व स्वीकार करता है।  
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विविध सहायता किसी गैर सहायता संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता हेतु सिफारिश/विनिर्दिष्ट उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट/प्राप्त हेतु सन्तुष्ट नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य गैर सहायता संस्थान या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि से स्पष्ट बना जाता है कि असफल प्रयोग पर उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सहायता हेतु सिफारिश/विनिर्दिष्ट उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" से ले रहे हैं सहायता हेतु सिफारिश प्रकृति को है। हमने या हस्पताल द्वारा नहीं प्राप्त या किये गये उपचार/उपचार का प्रस्ताव लेने एवं हस्पताल को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी के उपचार सुरक्षा और अपने अपने को सारे विनिर्दिष्टों से ही एवं हस्पताल को होने और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE  
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख  
24/09/2020

*Nupur*  
**Dr. NUPUR GUPTA**  
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
डॉक्टर का नाम व स्टैम्प  
REG. NO. JMC/10042

*MASSEY*  
**MASSEY**  
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)  
हमारे पक्ष पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION  
आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
न्यायी हस्ताक्षर 1

*Safar*

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
न्यायी हस्ताक्षर 2

*Li*