

C-20-09-0653

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika
foundation
Building Block of lifeAPPLICATION No. आवेदन संख्या: A/0920/0037
APPLICATION DATE आवेदन तिथि: 25/09/2020NAME of APPLICANT आवेदक का नाम: Ramroop
AGE-YEARS आयु-वर्ष: 50
SEX-लिंग: M

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

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वास्तव्य अवस्थान पता
Village - Bandipura Teh. - Malakhara

Dist. - Alwar Rajasthan - 301406

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी अवस्थान पता

as above

OCCUPATION व्यवसाय: Farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय: 65,000/-

(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 मान्य हो उस पर घंटी 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	Fahna	60	F	wife
2	Bheem Singh	30	M	Son
3	Ram Singh	28	M	Son
4	Pooja Lal	26	M	Son

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोगिता कार्ड (प्रमाण पत्र को छाया 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 रिपोर्ट/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन मूखी 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 तो?

Sr No क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि
	Nil	

Pace OP. Post OP.
0037 Ramroop

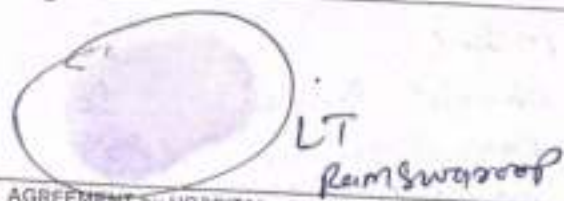
DECLARATION by APPLICANT (अर्शेदक द्वारा घोषणा पर);

- 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.
- 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 यथार्थ बता रहा 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।
- मैं दृढ़ता से स्वीकार करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो मदद मिलेगी, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में पेश किया गया है।
- मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं की है, उस मदद का अधिकतम या सफल विस्थापन किसी अन्य संगठन/निर्माता/बीमा कम्पनी से न हो सके और न ही भविष्य में हो सके।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेदक द्वारा करार)

- 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 its 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.
- (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.
- इस प्रकार जब अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाऊंगा, मैं (अर्शेदक) अपने स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके 'व्यक्तियों' " को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित हैं, उसे "कोशिका" एवम् 'व्यक्तियों, पता, पता/व्यक्तियों द्वारा उद्देश्यों से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रस्तावित माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में काल के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" व 'व्यक्तियों' अधिकृत है।
- मैं (अर्शेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित हैं पुष्टि सतत: सहायता का हस्तांतरण नहीं बनाता। इस संबंध में "कोशिका" एवम् उसके 'व्यक्तियों' का निर्णय अंतिम और बाधकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION (अर्शेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान)

 LT
Rajni Swaraj

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

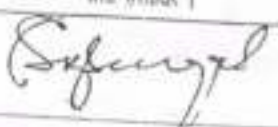
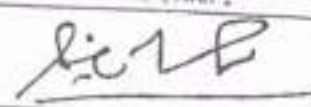
- By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:
- that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any 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, हस्ताक्षरों को और से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकरण से प्राप्त व स्वीकार करते हैं।
- 1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विहित सहायता किसी और सहायता संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगीने से लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के संबंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा करार हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनोद अधिकतम/सफल हेतु सन्तुष्ट नहीं किया जाय है तो अस्पताल किसी अन्य सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखा है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वारा उक्त रोगी/रोगीने हेतु किसी और सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेना होगा।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो मदद सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा वे नहीं मांगें 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 में रोगी के इलाज सुरक्षा और अन्य बातों को ध्यान में रखते हुए हस्पताल की इच्छा और "कोशिका" की कोई भी धूमिल या विनियमिता इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE (स्वीकृती के लिए अनुमति)

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>26/9/2022</p>	<p> Dr. NUPUR GUPTA (Name of Hospital with Stamp) हस्पताल का नाम व मुहर Reg. No. DMCR/06622</p>	<p> Dr. MASSEY (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) हस्पताल के अधिकृत अधिकारी</p>
---	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 व्यक्ति हस्ताक्षर 1</p> <p></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 व्यक्ति हस्ताक्षर 2</p> <p></p>
--	---