

C-20-09-0658

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No
आवेदन संख्या: A/0920/0040

APPLICATION DATE
आवेदन तिथि: 25/09/2020

NAME of APPLICANT
आवेदक का नाम: Hajra

AGE-YEARS आयु-वर्ष: 87
SEX लिंग: F

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



PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

H, NO-79 village Lakha, Teh. - Tazara,

Dist. - Alwar, Rajasthan-301411

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता

as above

Pin code: 0040
Post office: Hajra

OCCUPATION
व्यवसाय: Home maker

TOTAL ANNUAL INCOME
कुल वार्षिक आय: 60,000/- (Family)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें)

PAN No: स्थायी खाता संख्या
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable)
क्या आप आय कर दाता हैं (जो सत्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

Yes / No
हां / 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.	Khusseed	30	M	son
2.	Mitar	29	M	son

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

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) सबसे कम आय वाले परिवार का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वाले प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	--	---	---

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न
(1)	Diagnosis — RE-PP LE-IMSC
(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 लिये गयी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लगे गई सहायता राशि
	NIL	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप 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।
- मैं इस बात का गारंटी करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से ली जा रही है, उसका उपयोग उम्मीद उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पता लगा है।
- मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं सहायता हेतु यह प्रार्थना को नहीं है, इस धर्म का अधिक या समकाल विन्या किसी अन्य स्रोत/निर्माता/बोधा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक 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 fulfillment 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसकी न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका" दूर, माध्यमों द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे उद्देश्य को पूरा करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायी अधिकृत है।
- मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित है उन्हें तथा सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" दूर, उम्मीद न्यायीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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


R.T
Hazara

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:

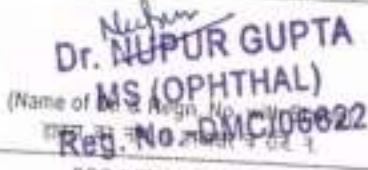
- that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is not 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.

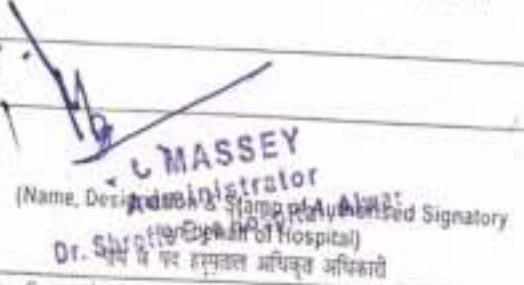
हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से संपत्तियों को "कोशिका फाउंडेशन" से विविध सहायता हेतु सिफारिश को जताते हैं, जिसे हम (हस्पताल) वित्त प्रकृत से प्राप्त व स्वीकार करते हैं।

- यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विविध सहायता किसी और सहायता सहायता या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/प्रक्रिया उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विधि अधिकृत/सहायता हेतु सहायता नहीं किया जाय है तो हमसबत किसी अन्य और सहायता सहायता या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाय है कि सहायता विशेष मदद उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और सहायता सहायता या किसी अन्य सहायता से नहीं लेना/लेती।
- "कोशिका फाउंडेशन" से ले रहे सहायता केवल वित्त प्रकृत को है। रोगी पर हस्ताक्षर द्वारा ही नहीं जायत या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव लेते एवं हस्ताक्षर के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सिफारिश प्रकार का कोई सहायता नहीं है। इतनीसे हस्ताक्षर ने रोगी के उद्देश्य सुरक्षा और जाने जाने को सारे जिम्मेदार लेते एवं हस्ताक्षर को हंगरी और "कोशिका" को कोई सुविधा या जिम्मेदार इस मामले में नहीं हंगरी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

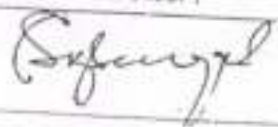
Date of Surgery
अपरेशन की तारीख
26/09/2019


Dr. NUPUR GUPTA
MS (OPHTHAL)
(Name of the Signatory)
Reg. No. DMCI056822


Dr. SHYAM MASSEY
Administrator
(Name, Designation & Stamp of the Authorized Signatory)
Dr. Shyam Massey
Head of Hospital

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यायी हस्ताक्षर 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायी हस्ताक्षर 2

