

C-20-10-0808

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(आरोग्य हेतु)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: A/1020/0077
APPLICATIONS DATE / आवेदन तिथि: 27/10/2020

NAME OF APPLICANT / आवेदक का नाम: Jeeto Bai
AGE-YEARS / वयु-वर्ष: 69
SEX / लिंग: F

FATHER/SISHER/SE'S NAME / पिता/पत्नी/से का नाम: Ranjha Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवास का पता: Village - Tapikela, Teh. - Tizara

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवास का पता: Dist. - Alwar, Rajasthan - 301707

Occupation / व्यवसाय: Home maker

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: 5000 (Monthly)

PAN No. / PAN संख्या: NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर तिकी का चिह्न लगाएं)



Present / वर्तमान: 0077
Post of / पता: Jeeto Bai

Sl. No. / क्र. संख्या	Name of Family Member / परिवार के सदस्य का नाम	Age / Years / वयु (वर्ष)	Gender / लिंग	Relation with Applicant / आवेदक के साथ संबंध
11	Rajja Singh	63	M	Husband
12	Anita S.	38	M	Son
13	Ashish S.	32	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / आधारों के लिये तिकी लगाएं

BPL Card (Attach Card Copy) / तिकी लगाएं (आधार कार्ड की प्रतियाँ साथ में)	LWS Certificate (Attach Certificate Copy) / तिकी लगाएं (आरोग्य हेतु प्रमाण पत्र की प्रतियाँ साथ में)	Ration Card (Attach Copy) / तिकी लगाएं (आधार कार्ड की प्रतियाँ साथ में)	Any Other Basis/Proof / अन्य कोई प्रमाण
---	--	---	---

PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE: / आधारों हेतु तिकी लगाने के लिये आधार

Sl. No. / क्र. संख्या	Diagnosis / रोग	Medical Reports/Prescriptions Attached / अतिरिक्त रिपोर्टें जो साथ में प्रस्तुत की जा रही हैं
1	Diagnosis	ME - PP LE - Simple Cat.
2	Surgery	LE - Phaco + IOL

ASSISTANCE BEING AWARDED FOR SAME PURPOSE FROM OTHER SOURCES: / इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली जा रही है

Sl. No. / क्र. संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED / की गई सहायता की राशि
	N/A	

DECLARATION by APPLICANT - अर्शक द्वारा घोषणा करना

- 1) I hereby declare 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 applicable 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/insurer/company) of the amount for which this assistance is requested.

- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रत्येक में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। कोई-कहीं विवरण सही रूप में उल्लेख नहीं करता है तो मेरी घोषणा निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात का यत्न करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूरित करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रत्येक में घोषणा किया है।
- 3) मैं यकीन करता हूँ कि मैंने कभी नहीं और भविष्य में भी नहीं, किसी भी अन्य स्रोत (रोजगार/बीमा/कंपनी) से उस राशि के लिए भुगतान/पैसे प्राप्त करने के लिए प्रार्थना की है।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक 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/put up/produce 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 fulfillment of the "purpose" for which assistance is being requested.
- 2) (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 to 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 accepted by me.

- 1) इस बात पर मैं अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" को मेरे नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रत्येक में घोषित हैं, उसे "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा अपनी, या अन्यथा दूसरे उद्देश्य के लिये किसी भी प्रकार के वित्त प्रार्थना करने के लिए प्रयोग किया जा सकता है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मैं, या मेरा पता, फोटो और विवरण को किसी भी अन्य स्रोत से भुगतान के लिए प्रार्थना करने के लिए प्रयोग नहीं किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप



R. T. Jeebo Bai

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

By affixing hospital signature of our Authorized Signatory for recommending this candidate for hospital 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 its right to make up the shortfall from another NGO or any other source. This declaration 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/option is advised/decided by the Hospital on the patient, is based on the arrangement between the parent & the Hospital, and it is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will assume sole & complete responsibility of the treatment & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

- 1) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं (हस्पताल) किसी भी अन्य स्रोत से वित्त प्रार्थना नहीं कर रहा हूँ, जो कि मेरे (हस्पताल) द्वारा प्रस्तावित करने वाले रोगी के लिए, जो कि मैंने "कोशिका फाउंडेशन" से वित्त प्रार्थना करने के लिए प्रस्तावित किया है।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता मिले, उसे केवल वित्त प्रार्थना के लिए ही प्रयोग किया जा सकता है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery
शस्त्रोपचार की तारीख
28/10/2020

Nupur
Dr. NUPUR GUPTA
(Name of Hospital) (हस्पताल का नाम)
Reg. No. JMC/06622

MASSEY
MASSEY
(Name, Designation & Seal of Authorized Signatory)
On behalf of Hospital
हस्पताल के प्रतिनिधि के रूप में

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1
ज्योती हरनाथ
Jyoti

SIGNATURE of TRUSTEE 2
ज्योती हरनाथ
Jyoti