

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
 (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No / आवेदन संख्या: **V/0320/1229** APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: **09.03.20**

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: **Ranjilal** AGE-YEARS / उम्र वर्ष: **66** SEX / लिंग: **M**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/कन्या का नाम: **Nisattamm**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आसानी पता: **Wagholi Siroliya, Ft. Mandpuri**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थाई आसानी पता: **Same as Above**



OCCUPATION / व्यवसाय: **unemployed** MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): /

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: **24000/-** (Attach Proof of Income) / (आय का साक्ष्य संलग्न): **NA**

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): YES / NO

| 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 संबंध |
| 1. | Pushpa Devi | 61 | F | WIFE |
| 2. | Sonu | 32 | M | SON |
| 3. | Tilak Singh | 29 | M | SON |
| 4. | Laxmi | 30 | F | Daughters in Law |
| 5. | Anash | 25 | F | Daughters in Law |

| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / सहायता के लिए चयनित आधार | | | |
|--|--|--|---------------------------------------|
| BPL Card (Attach Card Copy) / गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतियां प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतियां प्रति संलग्न करें) | Ration Card (Attach Copy) / उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतियां संलग्न करें) | Any Other Basis/Proof / अन्य कोई सबूत |

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE / सहायता हेतु निम्न गये निम्न का उद्देश्य:

| Sr. No. / क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन/सुझाव प्रलेखन |
|-----------------------|---|
| | RE - IMSC |
| | LE - IMSC |
| | Surgery - (IE) SICSAJOL |

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया प्रो?

| Sr. No. / क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / ले गई सहायता राशि |
|-----------------------|--|--|
| 1 | SCEH | |


DECLARATION by APPLICANT (अर्शक द्वारा किया गया):

- 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, 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 to me.
- I hereby declare 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.
- मेरे द्वारा कक्षा में दिए गए प्रश्नों में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कक्षक अक्षय प्राप्त करता है तो ऐसी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मैं यकीनपूर्वक रूप से यह प्रमाण देता हूँ कि मैंने कक्षा को प्राप्त की गई सहायता को केवल उद्देश्य के पूर्ण रूप में ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रकार में प्रयोग किया गया है।
- मैं यकीनपूर्वक रूप से यह प्रमाण देता हूँ कि मैंने भविष्य में कक्षा से प्राप्त की गई सहायता को किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न प्राप्त किया है और न ही भविष्य में करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा कर):

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to:
 - use/ publish/ distribute 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/charity events. 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.
 - use 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.
- 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- इस प्रकार यह अर्शक हस्ताक्षर या अंगूठा की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि यह नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकार में शामिल है, उसे "कोशिका" द्वारा स्वामी, दान, धारण/प्रयोग द्वारा उद्देश्य से मुझे सविधिपूर्वक और उपलब्धियों के रूप में प्रयोग के लिए प्रसारित किया जा सकता है। मैं प्रयोग का विवरण में इसका उपयोग करने के लिए या करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से स्वामी अधिकृत है।
- मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि भविष्य में, पूरा, फोटो और विवरण को किसी सहायता के उद्देश्यों से प्रयोग नहीं किया जाएगा। सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सहमति में "कोशिका" द्वारा स्वामी अधिकृत का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठा की छाप


AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कर):

By affixing hereunder signature of our Authorized Signatory for recommending the 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, in 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 condition is 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 course 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमने अधिकृत हस्ताक्षर की जाए से उपलब्धियों को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:

- हम यह न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता स्रोत या किसी अन्य स्रोत से उदा. पैरालाइसिस में लोगों को ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के माध्यम से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विधि अधिकृत/सहायता हेतु सहायता को किया जाता है तो सहायता किसी अन्य स्रोत से सहायता सहायता या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकृत अधिकृत करता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता वित्तीय प्रकृति है।
- "कोशिका फाउंडेशन" से कोई भी सहायता वित्तीय प्रकृति की है। हमें या हस्पताल द्वारा ही नहीं सहायता वित्त प्राप्त करने उपकरण/उपकरण का स्थान होगा एवं हस्पताल को सहायता का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किया प्रस्ताव का कोई स्वयं नहीं है। उपरोक्त हस्पताल में लोगों को सहायता प्रदान और प्राप्त करने की जाते सिफारिश/अनुमति को देगी और "कोशिका" जो कोई भी सहायता वित्तीय प्रकृति है।

Dr. ABHISHEK HANDA RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
 MCI No. 09-35572
 स्वीकृती के लिए संस्तुति
 Sign: 

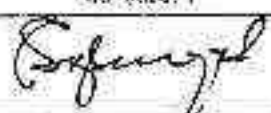


Date of Surgery
 ऑपरेशन का तिथि
 08-03-20

Name of Dr. & Regn. No. with Stamp
 डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व गैट नं.

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)
 नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु:

| | |
|---|--|
| SIGNATURE of TRUSTEE 1 सभी हस्ताक्षर 1 | SIGNATURE of TRUSTEE 2 सभी हस्ताक्षर 2 |
|  |  |