

VRN-C-20-03-0281

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. (आवेदन संख्या) V/0320/1260 APPLICATION DATE (आवेदन तिथि) 06/03/2020

NAME of APPLICANT (आवेदक का नाम) Phool Singh AGE-YEARS (उम्र-वर्ष) 81 SEX (लिंग) M

FATHER/SPOUSE'S NAME (पिता/पत्नी का नाम) Ram kishan



PRESENT RESIDENCE ADDRESS (वर्तमान निवास पता) near around school, Infolgama metalla, Pharspur

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS (स्थायी निवास पता) D/S.H. - Bharatpur, Rajasthan, 331001

same as Above

Phool Phool Singh  
(1260) Phool Singh

OCCUPATION (व्यवसाय) Farmer MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)  /

TOTAL ANNUAL INCOME (कुल वार्षिक आय) 20000/- (Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न करें) NA

PAN No. (आय कर पहचान संख्या) NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) (आप आय कर कादादा हैं? (को-बायें जो लागू हो या नहीं का चिह्न लगाएं): Yes / No (हां / नहीं)  /

FAMILY DETAILS (परिवार विवरण)				
Sr. No. (क्रम संख्या)	Name of Family Member (परिवार के सदस्य का नाम)	Age (Years) (वर्ष) (उम्र)	Gender (लिंग)	Relation with Applicant (आवेदक से क्या संबंध)
1	Ullaswati	57	F	Wife
2	Kulla	36	M	Son
3	Machhla	34	F	Daughter in Law
4	Aakash	12	M	Grand Son
5	Suryang	10	M	" "
6	Singha	07	F	Grand Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) (आवेदन के लिए कौन सा आधार)

BPL Card (Attach Card Copy) (आवेदन के लिए प्रमाण संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) (आवेदन के लिए प्रमाण संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) (आवेदन के लिए प्रमाण संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof (अन्य कोई आधार)
---	---	---	---------------------------------------

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE (आवेदन हेतु कौन सा उद्देश्य)

Sr. No. (क्रम संख्या)	Medical Reports/Prescriptions Attached (आपका/आपकी से जो भी डॉक्टर/डॉक्ट्रेस द्वारा जारी किया गया है)
	RE- Senti-Cardiac
	CE- Senti-Cardiac
	Surgery - (RE) STENTING

ASSISTANCE BEING AWAIRED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES (इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता कौन से अन्य स्रोतों से प्राप्त होगी)

Sr. No. (क्रम संख्या)	NAME of OTHER SOURCE (अन्य स्रोत का नाम)	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIRED (की गई सहायता राशि)
1	SCCH	

**DECLARATION by APPLICANT (रोगी को भरना):**

- 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 & any leave for registration/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.
- मेरे द्वारा यहां दू कि इस प्रकार के चिकित्से के सभी खर्चों को मैंने अपनी जेबटॉकी से चुकाया है। मैंने कोई भी अन्य सहायता प्राप्त नहीं की है। मैंने कोई भी अन्य सहायता प्राप्त करने की कोशिश नहीं की है।
- मैं यहाँ पर आसानी से "कोशिका फाउंडेशन" से मदद नहीं कर रहा हूँ, बल्कि उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिए मैंने चिकित्सा के लिए इस प्रकार की मदद मांगी है।
- मैं यहाँ पर दू कि मैंने अपना कुछ भी खर्च नहीं किया है, या किसी भी अधिकार से उसका खर्च किसी अन्य संगठन/नियोक्ता/बीमा कंपनी से नहीं किया है और मैं भी किसी भी संगठन से नहीं।

**AGREEMENT by APPLICANT (रोगी को भरना):**

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/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 in this regard will be final and acceptable to me.
- इस प्रकार मैं अपने हस्ताक्षर या मुद्रा को इस प्रकार करता हूँ (अर्थात्) अपने नाम, पता, तस्वीर और "उद्देश्य" को अधिकृत करता हूँ कि वे सब का उपयोग और प्रसारण इस प्रकार से कर सकते हैं, जो "कोशिका" द्वारा करते हैं, यह, बसंतपुर चिकित्सालय से मुझे उपचारित करने के लिए चिकित्से की प्रक्रिया चलाने में सहायता करने के लिए सहायता है। मैं इसका उपयोग करने के लिए या फिर मैंने इससे पहले कि मैंने "कोशिका फाउंडेशन" से मदद मांगी है।
- मैं (अर्थात्) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, तस्वीर और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रसारित हैं मुझे भविष्य में सहायता का इंतजार नहीं करना। इस मामले में "कोशिका" द्वारा उक्त अधिकारों का प्रयोग किया जा सकता है।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:**

रोगी के हस्ताक्षर या बायाँ हाथ की छाप

*अशोक सिंह*

**AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल को भरना):**

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, 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 the 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 full & complete responsibility of the treatment & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इसके अतिरिक्त, हमारी ओर से हम यहाँ पर "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता की विनम्र अनुरोध कर रहे हैं, जिसे हम (हॉस्पिटल) सिर्फ उसी उद्देश्य के लिए ही मांग रहे हैं।

- जो कि मैंने अभी तक और भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उसी रोगी/रोग के लिए नहीं मांगी है, बल्कि मैंने "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय/वित्तीय मदद के लिए ही "कोशिका फाउंडेशन" को मदद मांगी है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अन्य सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से मदद मांगने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि से स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता प्रदान करने के लिए हमें किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं मांगनी है।
- "कोशिका फाउंडेशन" से कोई भी वित्तीय सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज इससे नहीं प्रभावित है बल्कि यह उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी को हॉस्पिटल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हमें रोगी के इलाज सुरक्षित और स्वस्थ करने की पूरी जिम्मेदारी है और हमें किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से मदद मांगनी है।

**Dr. ABHISHEK HANDE** RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE  
 MCINo. 69-35572 अशोकजी के लिए संशुद्धि

Date of Surgery  
 ऑपरेशन की तारीख  
 07/03/2020

Signature  
  
 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
 डॉक्टर का नाम व इलाज का पता, नं.

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



**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
 नामी हस्ताक्षर 1  


SIGNATURE of TRUSTEE 2  
 नामी हस्ताक्षर 2  
