

18/05/2025

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE		(Healthcare)		Koshika	
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(स्वास्थ्य देखभाल)			
APPLICATION No.: A/0518/0135		APPLICATION DATE: 23/05/18			
NAME of APPLICANT: Bijendra Singh		AGE-YEARS: 65	SEX: M		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Raghuveer Singh					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: Village - Jismawali Teh - Rajgarh Dist - Alwar Rajasthan					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: as above					
OCCUPATION: Farmer					
TOTAL ANNUAL INCOME: 60,000		(Attach Proof of Income) N/A			
PAN No. N/A					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes/No					
FAMILY DETAILS					
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant	
01	Bijendra Singh	65	M	Self	
02	Kumam Devi	33	F	Wife	
03	Kumam Devi	24	F	Daughter	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)					
BPL Card (Attach Card Copy)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy)		Ration Card (Attach Copy)	
Any Other Basis/Proof					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:					
Medical Reports/Prescriptions Attached					
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached				
1.	Asymptomatic - R.E. - IMSC				
	L.E. - P.P				
2.	Surgery - R.E - SICS + IOL				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES					
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED		
1.	SCFH				



20

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 1) 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.
- 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/insurances company for which this assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण 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।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से मिली सहायता केवल उद्देश्य के पूर्ण होने के लिए बिना उपयोग, जो इस प्रकरण में मांग रखा है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु यह प्रबंधन नहीं करूँगा कि, इस सहायता का उपयोग किसी अन्य स्रोत/निर्देशक/बोसा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लें।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

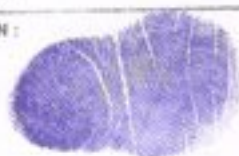
1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but not limited to verbal, print, electronic, for soliciting donations for Koshika Foundation and/or disseminating information about my 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.

2) 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.

- 1) इस प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके निदेशक" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में मांग रखा है, उसे "कोशिका" एवम् पत्राचार, दूर, याचना/का दूर उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी माध्यम से प्रसारित करके, जो लिखित, मुद्रित, इलेक्ट्रॉनिक, या अन्य किसी भी माध्यम से कर सकते हैं। इस प्रकरण में सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता इस प्रकरण में "कोशिका" एवम् उसके निदेशकों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



आवेदक का निशान
छिपे-प्रसिद्ध

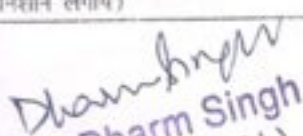
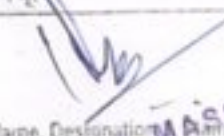
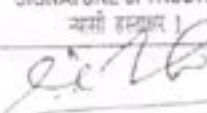
AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

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:

- 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 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.
- 2) The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on a 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से प्रत्यक्ष/पेशी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हस्पताल) किसी प्रकार से स्वयं या किसी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी माध्यम से वित्तीय सहायता या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लेने का ले रहे हैं। जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश, उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान हेतु है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्रदान नहीं की जाती है तो हमें सहायता किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वारा मर उक्त रोगी/रोगी हेतु वित्तीय सहायता का कोई भी भुक्तिका या निम्नलिखित इस मामले में नहीं होगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या दिये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रचना नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के हस्ताक्षर सुरक्षित और अपने जाने की सही जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भुक्तिका या निम्नलिखित इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संस्तुति (स्वीकृत/निरस्त का निशान लगाये)		ACCEPTANCE मान्य	REJECTION नकार
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 25/05/18	 (Name of the Signatory, Not a Stamp) डॉक्टर का नाम (हस्ताक्षर या मुद्रा) Dr. Dharm Singh No. 028034		 (Name, Designation, Address of the Hospital) Dr. MASSEY Alwar Alwar Hospital, Alwar
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आंतरिक उपयोग हेतु			
SANCTIONED मान्य	REJECTED नकार	SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 