

C18/07/0087

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika  
foundation

Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

A/0718/0227

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

09/7/18

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Nattu Ram

AGE-YEARS आयु-वर्ष

65

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

Chander Ram

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता

Village - Hameerpur

Teh. Bansom

Dist. - Alwar

Rajasthan

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवास पता

as above

pre.op  
0227post op.  
Nattu Ram

OCCUPATION:

व्यवसाय

Farmer

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

52,000

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न)

N.A

PAN No. स्थाई खाता संख्या

N.A

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

Yes (हाँ)

No (नहीं)

## FAMILY DETAILS परिवार विवरण

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्य का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ सम्बन्ध |
|------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-------------------------------------------------|
| (i)                    | बुजी                                            | 62                         | F              | पत्नी                                           |
| (ii)                   | हनुमान                                          | 40                         | M              | पुत्र                                           |
| (iii)                  | मन्नी राम                                       | 38                         | M              | पुत्र                                           |
| (iv)                   | गुरुदत्त                                        | 34                         | M              | पुत्र                                           |

## BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

|                                                                                                             |                                                                                                                     |                                                                                           |                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>महोदय रेशा के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोक्ता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|

## "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये निम्नलिखित उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.                     | Diagnosis - R.E - IMSC<br>L.E - IMSC                                                         |
| 2.                     | Surgery - L.E - SICST + FOL                                                                  |

## ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

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



**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदक द्वारा घोषणा पर:

- 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 & 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 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/insurance company for which this assistance is requested.

- 1) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जायेगी।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में माँगा गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं है, इस सहायता का अधिकतम हिस्सा किसी अन्य स्रोत/निर्माता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में ले लिया जायेगा।

**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/print/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 its 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 is this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को प्रकट करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन" और उसके ट्रस्टियों को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" दम्पन, पत्रिका, दूर, या अन्य किसी भी माध्यम से प्रसारित कर सकते हैं। इस प्रकार का विवरण मेरी इच्छा के बिना या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" को अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से घोषित है मुझे स्वतः सहायता का अधिकार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" दम्पन, पत्रिका, या अन्य माध्यमों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



रंजित सिंह  
अलख सिंह

**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 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से गमगंभीरता से "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को करते हैं, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता से प्राप्त की जायेगी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या तो से है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट/अस्वीकार/अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट किया जाता है कि अस्पताल द्वारा मदद उक्त रोगी/रोगी के लिये किसी और सहायता से प्राप्त की जायेगी अन्य स्रोत से नहीं लेना/लेना।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से तो वित्तीय सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा कोई भी सलाह या बिना चर्चा/प्रक्रिया का चुनाव लेने एवं हस्पताल के बीच का विवाद है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षित और अपने जाने को सभी जिम्मेदारियों से एवं हस्पताल को रोगी और "कोशिका" को कोई भी प्रकार का जिम्मेदारता इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

|                                                   |                                                                                                                     |                                                                                                                                                                     |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Date of Surgery<br>ऑपरेशन की तारीख<br><br>09/7/18 | Dr. Dharm Singh<br>(Name, Designation & Regn. No. Stamp)<br>हस्ताक्षर, पद और रजि. नं. का मुहर<br><br>REG. NO. 28384 | (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)<br>नाम, पद और अस्पताल अधिकृत अधिकारी का मुहर<br><br>Dr. S. Massey<br>Authorised Signatory |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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

|                                                                |                                                                |
|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| SIGNATURE of TRUSTEE 1<br>न्यासी हस्ताक्षर 1<br><br>Sufi Singh | SIGNATURE of TRUSTEE 2<br>न्यासी हस्ताक्षर 2<br><br>Sufi Singh |
|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|