

C18/08/0091

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

A/0818/0321

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

13/8/18

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Deen Mohd.

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

82

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कन्या का नाम

Bhudd

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Village - Nagal

Teh. - Bhaxatpur

Dist. - Bhaxatpur

Rajasthan

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

as above



Pre-op.

post op.

0321

Deen Mohd.

OCCUPATION :

व्यवसाय

Farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

79,000/-

(Attach Proof of Income)

(आप का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. स्थाई खाता संख्या

NA

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/No

हाँ/नहीं

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 सम्बन्ध
1.	Amf Khan	22	M	Son
2.	Sakir Khan	15	M	Son
3.	Nasima	24	F	Daughter
4.	Asma	20	F	Daughter
5.	Sakunt	16	F	Daughter
6.	Engida	16	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न
1.	Diagnosis → R.E - IMSC L.E - IMSC
2.	Surgery → R.E - SICS + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED हो गई सहायता राशि
1.	SCFH	

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/insurance company, of the assistance for which this assistance is requested.

1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मेरे द्वारा जो सहायता यथा "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पत्रा गया है।

3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस यथा का आर्थिक या सकल विवरण किसी अन्य प्रोत्त/निर्धेयक/व्यय कम्पनी से न ली जायेगा और न ही पक्षियों में से।

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post-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 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.

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 दस्तावेज़ पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्हताकर्ता) यहाँ से सहमत हो रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता और कोई भी विवरण इस दस्तावेज़ में उल्लिखित है, उसे "कोशिका" एनएम ज्यूसी, दान, वाचनालय द्वारा उद्देश्यों से जुड़ी गतिविधियों और उपस्थितियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। ये दस्तावेज़ का विवरण ये हस्ताक्षरों के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व ज्यूसी अधिकृत है।

2) मैं (अर्हताकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि महापत्र के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे सहायता का इकाया नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एनएम उसके ट्रस्टी का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आवेदक को हस्ताक्षर या अंगुली का निशान

L.T.
Dren Homd
AGREEMENT by HOSPITAL (RE)

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

इससे अधिकतर, इसकाचरी की ओर से मागने/देने को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु धिक्कारित की जाती है, 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 भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त ऐंटीमागमें में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से निपटारित/विनती उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मरदर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनती अस्वीकार/सफल हेतु मन्जूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्स्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित राखता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय मदद उक्त ऐंटीमागमें हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्स्थापन से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेी गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। ऐंटी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या बिचे गये उपचार/क्रिया का चुनाव ऐंटी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में ऐंटी के इलाज सुरक्षा और जल्दी जाने की सारी जिम्मेदारी ऐंटी एवं हस्पताल की होती है और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

Dr. Dharm Singh
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
राम चंद्र प्रसाद अग्रवाल अधिकृत अधिकारी

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यायी इमरतुल्लाह 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
 नामी हस्ताक्षर २

Sufengzhi

Sc 28