

218/11/0146

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

21118/0789

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

12/11/018

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Nakhra

AGE-YEARS आयु-वर्ष

60

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/हस्तुपुत का नाम

010 Hatha

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासस्थान पता

H.No-1120, Kailash, Teh-Wair

Dist-Bharatpur, R.T. 321407

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासस्थान पता

Same as above



PASTE PHOTO HERE

Preop Postop

(0789) Nakhra

OCCUPATION:

व्यवसाय

Housewife

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

NA

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. (यदि उपलब्ध हो)

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

हां / 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	Ramesh	64	m	Husband
2	Chandra	30	m	Son
3	Rhem	26	m	Son
4	Deepak	20	m	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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 विनित का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE - Prostaglandin
	LE - TMS
	Surgery - (RE) SICS + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशी
1	SCCH	

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/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरे अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य माना गया होगा है तो मेरे उद्देश्य के लिए ही यह सहायता दी जा सकती है।
- 2) मैं इससे यहाँ पर बताना हूँ कि "कौशिका फाउन्डेशन", से जो भी राशि है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में माग गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं इस सहायता से पहले या बाद किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बिमा कंपनी से न ले सकूँगा और न ही भविष्य में करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अनुमति देना)

- 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/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 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न का जवाब इसका या कोई भी अन्य संभव, मैं (अर्हक) अपनी छायाचित्र की छवि काटत हूँ एवं "कॉशिका फाउंडेशन और उसके भ्रातृव" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और कोई विवरण इस प्रश्न में जोड़ा है, उसे "कॉशिका" एनएन एनएन, राज, राधराज या दूसरे उद्देश से मुझे अधिकृत और उपाययुक्तों के लिए किसी भी प्रकार का प्रचार करने के लिए अधिकृत है। मैं प्रश्न का विवरण यों इसका के करने का कर मे करने के लिए "कॉशिका फाउंडेशन" व भ्रातृव अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कौन साका के उद्देश्यों से अधिकृत है मुझे तथा: सायायय पर हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कॉशिका" एनएन एनएन अधिकृत का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

कार्यक्रम को इच्छाका या लोभे का विषय

AGREEMENT by HOSPITAL (बिना डॉक्टर के)

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.

हवाई अधिकार, हवाईपट्टी की ओर से वायुसेवाओं को "कोविड वायुसेवा" से विधिवत सहायता देने सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हमसफर) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो सर्वजन और न ही अधिकांश में मिलित साक्षरता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थान में उच्च रेटों/गुणवत्ता में होने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोटिका पाठशाला" में निम्नलिखित/विशेष उच्च के साथ-साथ में "कोटिका पाठशाला" द्वारा भर रहे हैं कि है। यदि "कोटिका पाठशाला" द्वारा साक्षरता दिवस अभियान/समय हेतु प्रचल रही कि यह बात है तो अन्यथा किसी अन्य भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थान में साक्षरता लेने का अधिकार सुरक्षित रखा है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि आगामी द्वितीय मंथन उच्च रेटों/गुणवत्ता हेतु किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थान से नहीं लेना/लेगी।
2. "कोटिका पाठशाला" से ही नई साक्षरता को प्राप्त मिलित प्रवृत्ति की है। ऐसी पर हमारा द्वारा ही नई साक्षरता का कितने नए उपचार/प्रक्रिया का प्रयोग ऐसी एवं हमारा को बीच का समय है और "कोटिका पाठशाला" द्वारा किसी प्रकार का कोई रखा नहीं है। इसलिए हमारा में ऐसी के द्वारा प्रत्यक्ष और जाने जाने की सारी किस्मों की सारी किस्मों "कोटिका" की कोई गुणवत्ता या बिम्बो/एट्टे इस प्रकार में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

14/11/2018

Dr. Ashwini Kumar
MBBS, MS, FICO
Reg. No. 66028

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
 डाक्टर का नाम व इस्तेफा व पंजी. नं.

(Name, Designation & Stamp of Authorizing Signatory
on behalf of Hospital)
राम नंदराम हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नयन ईश्वर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

 नामी दायता 2