

C.18/12/0012

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building block of life

APPLICATION No.: A/1218/0602

APPLICATION DATE: 02/12/18

NAME of APPLICANT: Kishna

AGE-YEARS अनु-वर्ष

75

SEX लिंग

M

FATHER/SPOUSE'S NAME: Chhotu

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Ward No - 16, Tigrana, Teh - Tigrana

Dist - Alwar, Rajasthan

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता

Alwar


 Present Postcode
 0602 Kishna

OCCUPATION: Labourer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 50000/-

(Attach Proof of Income)
(आय का सबूत संलग्न करें)

NA

PAN No. सवाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं? (को सही का चिह्न 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.	Nareesh	30	M	Son
2.	Suresh	18	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) राशन कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) राशन कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	Any Other Seals/Proof अन्य कोई सबूत
--	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे लगे विधायी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	Diagnosis — RE — IMSC LE — IMSC
2.	Surgery — LE — SICs + IOL

ASSISTANCE BEING AWAIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त क्या हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIED इस हेतु सहायता राशी
1.	SCHE	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदन करने वाले का:

- 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, if any, 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 घोषणा करता हूँ कि इस आवेदन में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाये तो मेरी आवेदन पत्र को खारिज कर दिया जायेगा।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि यदि "कोशिका फाउंडेशन" से मेरी मदद मिलेगी, तो मैं उसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही प्रयोग करूँगा, जो इस आवेदन में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस राशि के लिए या इसके पूरक के लिए किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस कंपनी से कोई भी रीबाइर्समेंट नहीं ले रहा हूँ और भविष्य में नहीं लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन करने वाले का)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print/photocopy 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 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 आवेदन पर मेरा हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर मैं (आवेदक) यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन" और इसके ट्रस्टियों को मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे उद्देश्य का विवरण इस आवेदन में घोषणा है, इसे "कोशिका" द्वारा मुद्रित, प्रकाशित, प्रसारित करने के लिए अधिकृत कर दिया जायेगा। मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे उद्देश्य का विवरण कोशिका फाउंडेशन के द्वारा उपयोग में लाया जा सकता है।
- 2) मैं (आवेदक) इस आवेदन पर घोषणा करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे उद्देश्य का विवरण कोशिका फाउंडेशन के ट्रस्टियों के अधिकार है। इस आवेदन पर घोषणा का उपयोग कोशिका फाउंडेशन द्वारा करके मैं "कोशिका" द्वारा मुद्रित, प्रकाशित, प्रसारित करने के लिए अधिकृत कर दिया जायेगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदन करने वाले का हस्ताक्षर या मुद्रा

 *Dr. Dharm Singh*
अभिषेक

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल के द्वारा)

- By affixing hereunder, signature of our Authorized 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 & the outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- इसके अतिरिक्त, हम यहाँ घोषणा करते हैं कि हम "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश कर रहे हैं, कि हम (हॉस्पिटल) वित्तीय सहायता से अपने या किसी अन्य रोगी के लिए मदद नहीं ले रहे हैं, बल्कि हम "कोशिका फाउंडेशन" से मदद ले रहे हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" हमें मदद नहीं देता, तो हम अपने रोगी के लिए मदद के लिए अन्य स्रोतों से मदद ले सकते हैं।
- 1) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं और मेरी हॉस्पिटल "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश कर रहे हैं, कि हम (हॉस्पिटल) वित्तीय सहायता से अपने या किसी अन्य रोगी के लिए मदद नहीं ले रहे हैं, बल्कि हम "कोशिका फाउंडेशन" से मदद ले रहे हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" हमें मदद नहीं देता, तो हम अपने रोगी के लिए मदद के लिए अन्य स्रोतों से मदद ले सकते हैं।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से मेरी मदद वित्तीय प्रकृति की है। मेरी या मेरे रोगी के लिए मदद के लिए मेरी हॉस्पिटल का चुनाव मेरी एवं मेरे रोगी के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" इस निर्णय को नहीं बदल सकता है। इसलिए हमारा मेरे रोगी के लिए मदद के लिए कोई भी निर्णय हमारे और मेरे रोगी के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" को कोई भी भूमिका नहीं मिलनी चाहिए।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

अभिषेक को स्वीकार करने के लिए

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 04/12/18	<i>Dr. Dharm Singh</i> (Name of the Hospital) हॉस्पिटल का नाम	<i>J. MASSEY</i> (Name, Designation & Address of Hospital Signatory) हॉस्पिटल के अधिकृत अधिकारी का नाम, पद और पता
FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION (आवेदन करने वाले के लिए)		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 <i>[Signature]</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 <i>[Signature]</i>	