

19/01/0063

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :

A/0119/0710

APPLICATION DATE :

7/1/19

आवेदन संख्या :

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Nathi

AGE-YEARS आयु-वर्ष

60

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/सहोदर का नाम

Harchand

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Will. - Holawas, Teh. - Bansiur.

District - Alwar, Rajasthan

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

as above

OCCUPATION :

व्यवसाय

Farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

70,000

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. ईसाई खण्ड 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 / हाँ

No / 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
(i)	Rambhag	60	M	son
(ii)	Indraj	70	M	son
(iii)	Kopya	65	F	son

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) उपभोग्यता 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 प्रतिवेदन सूची संलग्न
	Diagnosis Ate - MSC He - TMS
	Surgery Ate - SICU + IOL He -

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 ली गई सहायता राशि
1.	SCCH	



Pre OP. Post OP.
0710 Nathi

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शेक हए करेन यः)

- 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 कबल हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं सत्य अथवा सत्य बात है तो मेरी सहायता रित्त भी जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को यकीन दिली "कोशिका फाउन्डेशन", से ही या रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में परत गया है।
- 3) मैं यहाँ कबल हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रपत्र भेजा है, उस परिसर का अधिक या कम रित्त किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बिमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेक हए करेन)

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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शेक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में जोड़ दिये जा सकते हैं, जो "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा, कचन/चपट दूरले बरदरस से मुझे भविष्य में और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसाद माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मैं प्रपत्र का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पालने या कर मे करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यारी अधिकृत है।

2) मैं (अर्शेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रसारित है मुझे सहायता का उपकरण भी बचाता। इस सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" एवं उसके ट्रस्टी का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शेक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



Nathi devi
R+H

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल हए करेन)

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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की और से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे इस (हस्पताल) रित्त प्रकाश से मान्य व सहीकर करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में भविष्य सहायता किसी और साकार स्रोत या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या से खा है, केले कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" हए करेन है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" हए प्रसाद सिफारिश/सिफारिश हेतु पात्र नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और साकार स्रोत या किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल सिफारिश करेन उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और साकार स्रोत या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ले खा सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। संदे पर हस्ताक्षर हए की खा सहायता या किने गये उपकरण/प्रक्रिया या पुनः ले खा एवं हस्ताक्षर के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" हए किसी प्रसाद का कोई रकम नहीं है। इसलिये हस्ताक्षर में रोगी के हस्ताक्षर सुरक्षा और जाने जाने की सही सिफारिश रोगी एवं हस्ताक्षर को रोगी और "कोशिका" की कोई पुष्टि या सिफारिश इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

रोगी/रोगी के लिये सिफारिश

Date of Surgery अर्शेक की तारीख 8/1/19	 Dr. Dharm Singh (Name of Doctor) MS (Gen. R+H) Reg. No. D28084	 Dr. Shreshth Massey (Name, Designation of Authorised Signatory) Admin. Officer Dr. Shreshth Massey
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यारी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यारी हस्ताक्षर 2
--	--