

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No. :

A/0119/0722

APPLICATION DATE :

10/11/19

आवेदन संख्या :

अवेदन तिथि

NAME of APPLICANT :

Pappu Ram-

AGE-YEARS आयु-वर्ष

46

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

Harset Ram /

पिता/कन्या का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

Village - Hansepur Teh. - Jambharganj

Dist. - Alwar Rajasthan

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

As above



Pre op. Post op.
0722 Pappu Ram

OCCUPATION :

labourer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

65000

(Attach Proof of Income)

NA

कुल वार्षिक आय

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

N/A

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

Yes / No

हाँ / नहीं

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

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	Lokesh Kumar	22	M.	Son
2	Vikesh Kumar	18	M	Son
3	Pooja	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) 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
1	Diagnosis - Ale - MSC He - PP
2	Surgery - Ale - STCS + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा करें:

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण मेरे ज्ञान के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य माना जाय तो मेरे पेटे सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी राशि मिले, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु किसी भी अन्य स्रोत, या स्वयंसेवक या अन्य किसी भी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न तो राशि ले और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा सहमति)

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 in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस फॉर्म पर मेरी हस्ताक्षर या अंगूठा की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस फॉर्म में घोषित हैं, उसे "कोशिका" फंडम, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, या अन्य किसी भी माध्यम से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को सहेजने के लिए किसी भी प्रकार का प्रचार-प्रसार करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रत्येक सहमति के बिना कोई भी व्यक्ति या संस्था मेरे नाम "कोशिका फाउंडेशन" या किसी भी अन्य माध्यम से "कोशिका" फंडम, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक या अन्य किसी भी माध्यम से प्रचार-प्रसार करने के लिए अधिकृत नहीं है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउंडेशन" के ट्रस्टी के द्वारा प्रचार-प्रसार करने के लिए "कोशिका" फंडम, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक या अन्य किसी भी माध्यम से प्रचार-प्रसार करने के लिए अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठा का निशान

पप्पू राम

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा सहमति)

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 सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से राज्य व स्वीकार करते हैं:

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता मिलेगी या प्राप्त होगी, जो कि हम "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश के बिना के रूप में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हो रही है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अपने आप से अन्य स्रोतों से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा के बिना हमें किसी भी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा के बिना हमें किसी भी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा कोई भी चिकित्सा या चिकित्सा प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के हितों के लिए और रोगी के हितों के लिए और "कोशिका" को कोई भी दबाव या दबाव नहीं है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 11/11/19	Dr. Dharm Singh (Name of the Doctor, with Stamp) MS (OPHTHAL) Reg. No. 028084	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory of Hospital) Dr. Shreshth Massey अधिकृत अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHKA FOUNDATION		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 <i>[Signature]</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 <i>[Signature]</i>	