

C/19/02/0207

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

A/0219/0791

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

07/02/19

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Ramshori

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

65

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कन्या का नाम

Mangatu

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Kathumar

Teh. Kathumar

Dist. Alwar Rajasthan

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

NA Above



Prep.
0791

Postop
Ramshori

OCCUPATION:

व्यवसाय

House Wife

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

62,000

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. स्थाई खाता संख्या

NA

DO 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	Ashok	35	M	Son
2	Jetu	30	M	Son
3	Kuldeep	27	M	Son
4	Rajveer	21	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनंति 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 विनंती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Diagnosis - RE - PP LE - IMSC
2	Surgery - LE - SICCS + Col

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

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

5) 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 ass...

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 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 गहायता निरास की जा सकेगी।

2) मैंें द्वारा जो साहायता राशि "कोरिफा काउन्सिल" में ली जा रही है, उसका उपयोग उनी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जावेग, जो इस प्रत्यक्ष में भरा गया है।

3) मैं सुनिश्चित करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अतिरिक्त या सबक बिना किसी अन्य प्रोत्तिबोधक/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही परिवार में लूटा।

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 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठी की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहायता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, सावधान/या दूसरे उद्देश्य में जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण में हस्ताक्षर के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा जन्म, पाला, पोषा और विधवा मे कि सहायता के बदले में प्रतिष्ठित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" यद्यपि उसके व्यक्तियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आवेदक के इस्तेमाल या अंगूठे का निशान

pgm three

Right

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

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरी की ओर से यामलेदोगी की "कोशिका पाठ्यवेक्षण" से प्रतिय सहायता हेतु निषाधित की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1.) यह कि न तो बर्हान और न ही पवित्र में विविध सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य खेत से उक्त ऐंगी/मन्त्रों में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमारे "कोशिका फाउन्डेशन" से सिकारिह/विनलि उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनलि अशिका/सकल हेतु मन्त्रु नहीं किया जाता है तो अममलत किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्नाथन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृथि में स्पष्ट कहा जाता है कि अममलत द्वितीय मदर उक्त ऐंगी/मन्त्रों हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कॉशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता कोषत विविध प्रकृति की है। ऐसी पर हस्तगत हुए दो वर्ष सत्रह या किये गये उपकारप्रक्रिया का चुनाव ऐसी एवं हस्तगत के बीच का विषय है और "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्तगत में ऐसी के इलाज सुरक्षा और अन्य जानें की सारी जिम्मेदारी ऐसी एवं हस्तगत की होगी और "कॉशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संज्ञाति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

09/02/19

Dr. Dharm Singh

(Name of Regt. No. with Stamp)

डाक्टर का नाम: प्रा. प्रो. वी. ए. शर्मा

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
of the Hospital)

नाम व पद वर्णित अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2