

C/19/02/0750

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika
foundation
Building block of life.APPLICATION No.: A/0219/0827
आवेदन संख्या:APPLICATION DATE: 22/02/19
आवेदन तिथिNAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम

Sarupi

AGE-YEARS आयु-वर्ष

60

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:
पिता/कटुम्ब का नाम

Jagannath

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Village - Salempur, Teh. - Jammangarh,

Dist. Alwar, Rajasthan

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

18 Abad



Preop.

0827

Postop

Sarupi

OCCUPATION:
व्यवसाय

house wife

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय

68,000

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न)

No

PAN No. स्थाई खाता संख्या

Nil

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 सम्बंध
(1)	Raghu	32	M	Son
(2)	Kalwar	29	M	Son

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा 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 विनती का उद्देश्य:

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

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 ली गई सहायता राशी
(1)	SCHE	

DECLARATION by APPLICANT (अर्शक द्वारा कल)

- 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 यलरु कल हूँ कल इस डुरल में दलले गले सभी वलरल मेरे डुरलकल के अनुसर सल एल सली है। कलर कलई वलरल एल कलन असल डल डलल है ले मेरी सललल वलरल की डल सलली है।
- 2) मैं डुरल की सललल रलर "कुशल कलडलंडेशन", से ली डल रली है, उसल डलरुल डली डलरुल की डुरल के ललले कलल डलरुल, डल इस डुरलल में डल डल है।
- 3) मैं डुरल कल हूँ कल वलरल सललल डलरुल डल डुरलरल की गल है, उस रलरल कल असल डल सलल डलरुल कलली डल डलरुल/डलरुल/डलरुल कलडली से न ले ललल है डलर न डी डलरुल में लुल।

AGREEMENT by APPLICANT (अलरक डुरल कल)

- 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 डुरल डल अलरक इललर डल अलरक की डुरल सललर, मैं (अलरक) अलरी सललल की डुरल कल हूँ एल "कुशल कलडलंडेशन डलर उसले नलरुल" को अलरकल कल हूँ कल मेर डल, डल, डलरुल डलर डल वलरल इस डुरल में डलरल है, उसे "कुशल" एल नलरी, डल, डलरुल/डलरुल डलरुल डलरुल से डुरी डलरलललल डलर डलरलललल के ललले कलली गी डुरलर डलरुल से डुरललर कलरु के ललर अलरकल है। मेरे डुरल कल वलरल मेरे इललर के डलले डल डलरुल के ललर "कुशल कलडलंडेशन" डल नलरी अलरकल है।
- 2) मैं (अलरक) इस डल से सललल हूँ कल मेर डल, डल, डलरुल डलर वलरल को कल सललल के डलरुल से डुरलल है डुरल सलर: सललल कल डलरुल नली डललल। इस डलरुल में "कुशल" एल उसले नलरुल कल वलरल अलर डलरुल डलरुल डलरुल।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अलरक के इललर डल अलरक कल वलरल



AGREEMENT by HOSPITAL (इललरल डुरल कल)

- 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.
- इलर अलरकल, इललर की डलर से डलरुल/डलरुल को "कुशल कलडलंडेशन" से वलरल सललल डलरुल ललरलरल की डलली है, वलसे डल (इललरल) वलर डुरलर से डलर डल सलरकल कलली है।
- 1) डल कल न ले डलरुल डलर न डी डलरुल में वलरल सललल कलली गलर सरकलरी सलरुल डल कलली डलर सलर से डलर डलरुल/डलरुल में ललले डल ले रल है, डलसे कल डलरुल "कुशल कलडलंडेशन" से ललरलरलरलरलरल डलर के सलरुल में "कुशल कलडलंडेशन" डुरल डलरुल डलरुल है। कलर "कुशल कलडलंडेशन" डुरल सललल वलरल असलर/सलरल डलरुल डलरुल नली कलल डलल है ले असललर कलली डलर गल सरकलरी सलरुल डल कलली डलर सलरुल से सललल लेने कल अलरकल सुलरलर रलल है। इस डुरल में सलर कल डलल है कल असललर डुरलर डलर डलरुल/डलरुल डलरुल कलली गलर सरकलरी सलरुल डल कलली डलर सलरुल से नली लेल/लेली।
2. "कुशल कलडलंडेशन" से ली गल सललल कललर वलरल डुरल की है। डलर डलरुल डुरल डी गल सललर डल कलले गले डलरुल/डलरुल कल डुरलर डलरुल एल इललरल के डलर कल वलरल है डलर "कुशल कलडलंडेशन" डुरल कलली डुरलर कल कलई डलरुल नली है। इसललले इललरल में डलर के इललर सुलरल डलर डलर डलर की सलरी डलरुलरुल डलर एल इललरल की डलरी डलर "कुशल" की कलई डुरलरुल डल डलरुलरुल इस डलरुल में नली डलरी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

डलरुलरुल के ललर सलरुल

[Handwritten signature]

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
डलर डलर इललरल अलरकल कलरुल

Dr. Dharm Singh
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डलरुल कल डलर डलरुल डलरुल

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अलरलर डलरुल डलरुल

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नलरी इललर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नलरी इललर 2

[Handwritten signature of Trustee 1]

[Handwritten signature of Trustee 2]