

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: V/0219/1174
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 18/02/19
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Rajaram
आवेदक का नाम

AGE-YEARS अनु-वर्ष: 66
SEX लिंग: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Natthu Singh
पिता/हस्ताक्षर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Vutp - Kambubi

Dist - Alwarh, H.P. 202134

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

Same as above



Preop Postop
(1174) Rajaram

OCCUPATION: Labour
व्यवसाय

TOTAL ANNUAL INCOME: NA
कुल वार्षिक आय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

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

PAN No. यहाँ खाली रखें

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर तिकी का निशान लगाएं)

Yes / No
हाँ / 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.	<u>SAKHUJI</u>	<u>58</u>	<u>F</u>	<u>wife</u>
2.	<u>Nagesh Kumar</u>	<u>38</u>	<u>M</u>	<u>Son</u>
3.	<u>Shree Nivash</u>	<u>35</u>	<u>M</u>	<u>Son</u>
4.	<u>Urmila</u>	<u>32</u>	<u>F</u>	<u>Daughter</u>

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनती 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) 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:

Medical Reports/Prescriptions Attached
अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न

Sr. No. क्रम संख्या	
	<u>RE - INSC</u>
	<u>LE - P.P.</u>
	<u>Surgery - (RE) SICCS + IOL</u>

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 सी गई सहायता राशी
1.	<u>SCEN</u>	

DECLARATION by APPLICANT (अर्शेक इत घोषण कर)

- 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 घोषण करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी प्रार्थना निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषण कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी राशि मिले, उसका उपयोग इसी घोषण की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में मांग किया है।
- 3) मैं घोषण करता हूँ कि मैं किसी भी अन्य स्रोत से राशि नहीं ले रहा हूँ, न ही भविष्य में ऐसा करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेक इत कर)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर, मैं (अर्शेक) अग्रेजी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन" और उसके "ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित हों, जैसे "कोशिका" दम्पती, दान, चिकित्सा या अन्य उद्देश्य के लिये धनार्थी और वित्तियोगों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रारूप पर हस्ताक्षर करके या मुद्रा लगाकर मैं "कोशिका फाउंडेशन" से किसी भी प्रकार की सहायता प्राप्त करने के लिये अधिकृत हूँ।

2) मैं (अर्शेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित हैं, उनसे प्राप्त की गई सहायता का उपयोग नहीं करूँगा। इस सम्बंध में "कोशिका" दम्पती उसके "ट्रस्टियों" का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शेक के हस्ताक्षर या मुद्रा का निम्न



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कर)

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.

हमसे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मांगे गये "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी अन्य स्रोत से प्राप्त की जाएगी, जहाँ तक कि हमसे मांगे गये सहायता का संबंध है, जैसे कि हमसे "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/निर्देशित सहायता के माध्यम से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मांगे गये हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मांगे गये सहायता किसी भी अन्य स्रोत से प्राप्त की जाएगी, तो हमसे मांगे गये सहायता का पूरा पूरा भरण-पोषण हमारे पास अधिकृत सुनिश्चित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा मांगे गये सहायता के लिये मांगे गये सहायता का पूरा पूरा भरण-पोषण हमारे पास अधिकृत सुनिश्चित रहता है।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्राप्त की जाएगी, वह केवल वित्तिय प्रकृति की है। हमारे पास हस्ताक्षर करने की पूर्ण शक्ति है कि हमें अपने उपचार/प्रक्रिया का चुनाव करने एवं हस्ताक्षर करने का अधिकार है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। हमारे पास हस्ताक्षर करने के लिये सहायता का पूरा पूरा भरण-पोषण हमारे पास अधिकृत सुनिश्चित रहता है और "कोशिका" को कोई भी भूमिका नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

अर्शेक के लिये संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 19/02/19	Dr. PRIYA AGRAWAL MCI No.-58417 Sign..... (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व मुद्रा	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल के अधिकृत अधिकारी
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अर्शेक के लिये)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामो हस्ताक्षर 1 <i>[Signature]</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामो हस्ताक्षर 2 <i>[Signature]</i>
--	--