

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: A/0419/0030
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 16/04/19
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Gyaresha Ram
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष
55

SEX लिंग
M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Gihisa Ram
पिता/हस्तु का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Saini Mahalla, Laxmangarh, Teh.-Laxmangarh,

Dist.-Alwar, Rajasthan

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

as above



Prccop.

Post of.

0030

Gyaresha Ram

OCCUPATION: Labourer
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 60,000
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. स्थाई खाता संख्या NA

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

Yes (No)
हां / नहीं

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर छी का निशान लगायें)

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)	Poonam	34	F	Daughter
(ii)	Nithu	36	F	"

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये वित्ति 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) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विच्छी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	Diagnosis - RE-TMSC LE-TMSC
2.	Surgery - LE-STCS+IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME *PURPOSE* from OTHER SOURCES

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि
1.	SCPM	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा पर:

- 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 amt. for which this assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रपन में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा सत्य बात है तो मेरी सहायता मिलने की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपन में मांग गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि बिना सहायता हेतु वह प्रत्येक को नहीं है, उस लिये कि अधिक या कमतर विवरण किसी अन्य प्रो/निम्न/व्यक्तिगत कम्पनी से न जो लिया है और न ही भविष्य में ली जा

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा करण)

- 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 प्रपन पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भ्रातृत्वों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपन में घोषित हैं, उन्ही "कोशिका" एम्प्लॉय, घर, व्यवसाय द्वारा उद्देश्य से कुछी सीमित/विशेष और उपाय/विधियों के लिये किसी भी प्रकार सहायता से प्राप्त करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे द्वारा जो सहायता मेरे प्रपन के मुद्दे पर या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से मिली अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित हैं पूर्ण सत्य: सहायता का इस्तेमाल मेरी वजहों के लिए "कोशिका" एम्प्लॉय उन्ही उद्देश्यों का विवरण अतिरिक्त और सहायकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

हेमलता

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)

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.

- हमने अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से समस्त/उन्ही को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) वित्त प्रपन से प्राप्त न स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उन्ही उद्देश्य/उद्देश्यों के लिये या उन्ही उद्देश्य के लिये, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश उन्ही के प्रपन में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मांग हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/सहायता हेतु समुदाय नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय मदद उन्ही उद्देश्य हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज/उद्देश्य इसी पर निर्भर करता है कि मेरे उपचार/उद्देश्य का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रचना नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाज सुरक्षित और अपने अपने को सही विनियमों रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या विनियमों इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

12/04/19

(Name of Dr. Signatory, No. with stamp)
हस्ताक्षर का नाम (हस्ताक्षर के साथ)

Reg. No. 028984

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
हस्ताक्षर/उद्देश्य/हस्ताक्षर)

नाम य (हस्ताक्षर/उद्देश्य/हस्ताक्षर)

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

भ्रातृत्वक 1

Safar

SIGNATURE of TRUSTEE 2

भ्रातृत्वक 2

Safar