

C19/04/0402

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika
foundation
Building block of life.APPLICATION No.: A/0419/0036
आवेदन संख्या:APPLICATION DATE: 17/04/19
आवेदन तिथिNAME of APPLICANT: Gulab Devi
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

70

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Ramhilone
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान अस्थायी पता

Village - Kalkawa, Teh. - Kathunan.

Dist. - Alwar, Rajasthan

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी अस्थायी पता

as above

Prescrip. Postop.
0036 Gulab
DeviOCCUPATION: Labourer
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 75,000
कुल वार्षिक आय(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न) NA

PAN No. स्वयं छात्र संख्या

NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगायें)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)	Ram Avatar	45	M	Son
(2)	Ram Swoop	40	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विधि 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) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विधि का उद्देश्य:

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

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: आवेदक द्वारा घोषणा की जाती है:

- 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 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 so 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, 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 हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी प्रार्थना निरस्त की जा
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता यहाँ "व्यक्तिगत परामर्शदाता", से ली जा रही है, इसका उपयोग यहाँ उल्लेख की पूर्ति को सिद्ध किया जायेगा, जो इस प्रारूप में पर पया है।
- 3) मैं यही कतार हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस यहाँ या गोपनीय या सार्वजनिक किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्जतक डुव ढरु)

- 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 ढङ्ग पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठी की छाप लगाकर, मैं (अर्हताकर्ता) यहाँ पर सहमत हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस ढङ्ग से प्रकाशित है, इसे "कोशिका" एवम् न्यासी, चर, याचना/चर द्वारा इतरों से कुछी सीमितियों और उपाधियों के बिना किसी भी प्रकार संप्रसारण से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे ढङ्ग का विवरण मेरे इरादों के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हताकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के अर्हता से संबंधित है मुझे सहायता का इतरा नही कराता इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासी तथा निबंध अधिकारी द्वारा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

આધેરક બે દાનખર પા અંગુઠે પા પિચાન



AGREEMENT by HOSPITAL (HAFSHR 123 456)

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.

इसके अधिकृत, इलाहाबाद की ओर से गान्धे/राणी को "कोरिफा पारमर्सेन" से विभिन्न सहायक हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे इन (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से सज्ज व सहीकर करते हैं।

- 1) यह कि न तो कर्मचारी और न ही परिवार में विधिवे साक्ष्यता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थान से उभर रही/पावले में सेने या सेने रहे है, बल्कि कि हमने "कॉरिडोर फायरिंग" से निवारित/विनिर्दिष्ट इस के सम्बन्ध में "कॉरिडोर फायरिंग" द्वारा प्रदर्शित है कि है। यदि "कॉरिडोर फायरिंग" द्वारा साक्ष्यता किसी कॉरिडोर/संस्थान से उभर रही/पावले में सेने या सेने रहे है तो अनपेक्षित किसी अन्य भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थान से साक्ष्यता सेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अनपेक्षित विधिवे प्रदर्शित उभर रही/पावले सेने किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थान से नहीं लेना/लेनी।
2. "कॉरिडोर फायरिंग" से ही नई साक्ष्यता केवल विधिवे प्रकृति की है। ऐसी नई अनपेक्षित द्वारा सेने नई साक्ष्यता या विधिवे सेने उभर रही/पावले में सेने या सेने रहे है अनपेक्षित के बीच का विषय है और "कॉरिडोर फायरिंग" द्वारा किसी प्रकार का कोई उभर नहीं है। इसलिये अनपेक्षित में सेने के इलाज मुक्त और अपने अपने को सारी विधिवे सेने सेने या सेने रहे है और "कॉरिडोर" की कोई भी विधिवे या विधिवे सेने इस दृष्टि में नहीं सेने।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

12/04/19

Dr. Dharm Singh
(Name of the Regt. No. with Stamp)
Regt. No. 028084

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तराष्ट्रिय उपस्थिति हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
जवाही प्रसाद ।

Ergebnis

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायी इन्द्रधर 2

Self