

C19/05/0186

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

V/0519/0174

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

15/11/19

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Mohane

AGE-YEARS आयु-वर्ष

70

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्न्य का नाम

D/o Tej Ram

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Jafar Batti, Bayana

Distt-Kharakpur, Rajasthan, 321401

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

same as above



Pre op

Post op

(0175) Mohane

OCCUPATION:

व्यवसाय

Housewife

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

NA

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

NA

PAN No. स्थाई खाता संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न का निशान लगाएं)

Yes / No

हां / नहीं



FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	Sham Kab	72	M	Husband
2.	Chopal	39	M	Son
3.	Donid	34	M	..
4.	Vijay	30	M	..
5.	Prem	24	F	Daughter
6.	Gema	20	F	..

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश के पीछे 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 निम्नी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE - IMSC
	IE - IMSC
	Surgery - (1) SICST 101

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 एतौ गई सहायता राशि
1.	S.C.E.H	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा यह:

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप 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 निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में मांग किया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु या अन्य किसी भी स्रोत, जैसे कि नियोक्ता या अन्य प्रोविडर/बीमा कंपनी से न तो लाभ ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा यादृच्छिक, दूर, माध्यम/वास्तुिक उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरी प्रारूप पर हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप से करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" या भरोदारों को अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से घोषित हैं, उनसे सहायता का हकदार नहीं बनता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा किये जाने वाले निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होंगे।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

- 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.

- हमारा अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से आपकी/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किंतु हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं:
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त की जाएगी, जो हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विशेष उपाय के माध्यम से "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान किया जा रहा है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट सीमा तक नहीं दी जाती है, तो हम सहायता किसी अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस दस्तावेज में स्पष्ट किया गया है कि सहायता वित्तीय प्रकृति की है और कोशिका फाउन्डेशन को इसका कोई भी भूमिका नहीं है।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्राप्त होगी, वह वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सहायता का निर्णय रोगी के चिकित्सक और रोगी के बीच का विवाद है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुचारु और अपने अपने को सही दिशा में ले जाने की ओर और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**Dr. ABHISHEK HANDA**

हस्ताक्षर के लिए संस्तुति

MCI No.-09-35572

Sign.....

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

हस्ताक्षर का नाम व पंजीकरण नं. के साथ

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

26/5/19

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
नाम व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

प्रथम भरोदार 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

द्वितीय भरोदार 2