

09/05/0740

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

V/05/19/0178

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

15/5/19

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Lilawati

AGE-YEARS आयु-वर्ष

42

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कटुम्ब का नाम

D/o Mangal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Nagla Meelam, Suran

DISH-Bharatpur, Rajasthan, 321303

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

same as above



Pre op Post op

(0179) Lilawati

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. स्याई खाता संख्या

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

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

Yes / No

हाँ / 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.	Rajendra Singh	47	M	Husband
2.	Hemish	23	M	Son
3.	Anand	20	M	Son
4.	Akash	18	M	Son
5.	Vikash	15	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विधि 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 विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE → IMSC
	IE → IMSC
	Surgery → RE SICS + 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 सी गई सहायता राशि
1.	S.C.E.H	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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, if applicable 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य माना जायेगा तो मेरी सहायता निरास हो या खसती है।
- 2) मैं दृढ़ता से सहायता को "कॉशिका फाउन्डेशन", से ही प्राप्त करूँगा, इसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माग किया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस दलित या अतिरिक्त या सहायता किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न मेरे लिये है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा सहमति)

- 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगुष्ठ की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कॉशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायोप" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रेषित हों। उसे "कॉशिका" एवं न्यायोप, दान, सहायता हेतु प्रचार से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मैं प्रचार का विवरण में इसका उपयोग करने या खर्च करने के लिए "कॉशिका फाउन्डेशन" व न्यायोप अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को जिस सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है उसे प्राप्त, सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कॉशिका" एवं उसके न्यायोप का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुष्ठ का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा सहमति)

- 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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से घोषणा/पत्र को "कॉशिका फाउन्डेशन" को भिजाने 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 हमारे हस्पताल किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या से रहे है, बल्कि हमने "कॉशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/पत्रिका उक्त के सम्बंध में "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रारंभ हेतु कि है। यदि "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निम्नी न्यायोप/सहायता हेतु प्रारंभ नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत सहायता या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा प्रारंभ उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सहायता सहायता या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कॉशिका फाउन्डेशन" से ही मेरी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। मेरी या हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव मेरी एवं हस्पताल के बीच का निर्णय है और "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रचना नहीं है। इसलिए हस्पताल में मेरी के हस्तगत सहायता और मेरे जाने की ओर सिफारिश करने और हस्पताल की होगी और "कॉशिका" को कोई प्रतिक्रिया या विवेचन इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**Dr. ABHISHEK HANDE**

सिफारिश के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

16/5/19

MCI No.-09-35572

Sign.....

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

डॉक्टर का नाम व इस्तेमाल व छाप न.

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory

on behalf of Hospital)

नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायोप हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायोप हस्ताक्षर 2