

C19/05/0178

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

(Healthcare)

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

V/0519/0189

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

15/5/19

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Harbhan Singh

AGE-YEARS आयु-वर्ष

80

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

S/o Kanni

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Vijayapur - Ratanpur

Dist - Bharatpur, Rajasthan - 321402

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

Same as above



Preop Postop

(0190) Harbhan Singh

OCCUPATION :

व्यवसाय

Former

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

2150/-

(Attach Proof of Income)

(आप का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. स्थायी खाता संख्या

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

क्या आप आय कर पayers हैं (को चयन करें उस पर सही 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 सम्बंध
1	Darjiya	late	F	Wife
2	Lakhan	55	M	Son
3	Prem Singh	50	M	Son
4	Omkoti	47	F	Daughter
5	Abgavir Kaur	43	F	..
6	Subar	36	F	..

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनंती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE - IMSC
	LF - IMSC
	Surgery - (RE) SICCS + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त गयी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशी
1	SCEH	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक 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 amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रत्येक में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं/वापस प्राप्त राशि गलत है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं द्वारा जो सहायता "उद्देश्य" के लिए मांगी गई है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रत्येक में मांग किया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं किसी सहायता से पहले या बाद में, उस राशि का वापस या भुगतान किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले सकूँगा और न ही भविष्य में करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्जितक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्हताकर्ता) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रोदान है, उसे "कोशिका" द्वारा न्यासी, चर, साक्षात्कार, दूरदर्शन से जुड़ी गतिविधियों और उपस्थितियों के निम्न किसी भी प्रकार का प्रसारण से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हताकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि वेद नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्पष्ट; सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा प्रसारण न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अपेक्षा के समक्ष यह संगठन का निम्न

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा स्वीकृति)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hosspital) 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 अतिरिक्त, हस्ताक्षर की ओर से भाल्लू/एचई को "कोशिका चारबंदेस" से शक्ति प्राप्त हो चुकी है, जिसे वह (हस्ताक्षर) फिर प्रचार से सज्ज व सज्जित करेगा है।

- 1) यह कि न तो संस्थान और न ही अधिकारी विहित सहायता किसी और सरकारी संस्थान या किसी अन्य व्यक्ति से उक्त सेवा/सहायता में सेने या ले रहे हैं, जैसे कि इनमें "कोशिका फाउन्डेशन" से सितारित/विहित उक्त के सामान में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मरद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विधि अधिनियम/कानून हेतु मरद को दिए जाते हैं तो संस्थान किसी अन्य और सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस मुद्दे में स्पष्ट कहा जाता है कि संस्थान द्वितीय मरद उक्त सेवा/सहायता हेतु किसी और सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से नहीं लेता/लेती।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही गत सहायता केवल विहित प्रकृति की है। सेवा या इलाजत द्वारा ही गत सहायता या बिना गत सहायता/विधि या मरद सेने एवं इलाजत के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायर नहीं है। इसलिए इलाजत में सेवा को इलाजत सुरक्षा और जाने जाने को मरद को सहायता देने एवं इलाजत को होगी और "कोशिका" ही कोई अधिकार या बिम्बेदो इत मरदों में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

Dr. ABHISHEK HANDE

ਦੇਵੀਕਾਤੀ ਘੋ ਲਿਖ ਸੰਸਥਾਨ

Date of Surgery
ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ ਮੈਂ ਕਰਵਾਏ

अभिप्रेतन मदीं काढीले

MS/19

MCI No.-09-35572

Sign...

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

हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर य रजि. नं.

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

नाम व पद इसप्रकार अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक तपस्वेन हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्तधारा ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्तोत्तर २