

C19/06/0952

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)APPLICATION No.:
आवेदन संख्या : A1061910259APPLICATION DATE:
आवेदन तिथि: 24/06/19NAME OF APPLICANT:
आवेदक का नाम: Santti

AGE-YEARS उम्र-वर्ष: 71 SEX लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:
पिता/कदम्ब का नाम: HanumanPRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता:
Village - Pukarpur, Teh - Banswara

DIST - Alwar, Rajasthan

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता:
as aboveOCCUPATION:
ब्यवसाय: FarmerTOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय: ₹10,000

PAN No. स्थाई छाता संख्या: NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE? (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर रहे हैं? (जो मात्र हो उस पर सही का निशान लगायें)Yes / No
हाँ / नहीं

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

(Attach Proof of Income)
(आय का साथ संलग्न)

NA

(Attach Proof of Income)

(आय का साथ संलग्न)

FAMILY DETAILS संघीय विवरण

Relation with Applicant
आवेदक के साथ सम्बन्ध

| 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 | Simbhu | 35 | M | Son |
| 2 | Mahesh | 32 | M | Son |
| 3 | Ratio | 30 | M | Son |
| 4 | Lichcho | 28 | M | Son |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये चिन्हित आधार:

| BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जापा प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य अपने वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जापा प्रति संलग्न करें) | Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की जापा प्रति संलग्न करें) | Any Other Basis/Proof अन्य कोई साथ |
|---|---|---|--|
| | | | |

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

| Sr. No. क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |
|------------------------|--|
| CD | Diagnosis - RF - MSC IE - MSC |
| | |

| Sr. No. क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |
|------------------------|--|
| CD | Surgery - RE - SICS + TOL |

| Sr. No. क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ले गई सहायता राशि |
|------------------------|---|---|
| CD | SCEH | |



Preop.
0259
Postop.
Santti

Preop.
Postop.
Santti

ACTION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा करें।

- 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 any, 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 प्राप्ति में विवरण में जालकारी के मनुष्यर समय एवं सही है। यदि कोई विवाह एवं जन्म अवधि उपर्युक्त है तो मैं यहां परिवर्तन की जा सकती है।
- 2) मैं द्वारा जो सहायता एवं "कोशिका फाउंडेशन", में लौट जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्राप्ति में सही गया है।
- 3) मैं पुष्ट करता हूँ कि विवाह सहायता द्वारा यह प्राप्ति की गई है, उस रूप से यह अंतिक या सबसे विश्वासी अवधि अंतिम विश्वासीय कानूनी में न हो लिया है और यह ही विवाह में भूमा।

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 its 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 its 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 & acceptable to me.

- 1) इस प्रति पर अपने हस्ताक्षर या अंगठी की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्ट करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायोर्धों" को अधिकृत कराता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रति में दीखता है, उसे "कोशिका" एवं न्यायोर्धों, दान, याचनाएँ दूसरे उद्देश्य में द्वारा गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सहाय्य से प्रत्याहित करने के लिये अधिकृत है। यदि इसका काम किया जाए तो उसका नाम एवं विवरण में उपलब्धियों के उद्देश्यों से विविध हो सकता है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से विविध हो सकते हैं उसके स्वतः सहायता का उपकरण नहीं बनता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवं उसके न्यायोर्धों का नियम अंतिम और वास्तविकीय होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगठी का नियन



RT
Shanti

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:

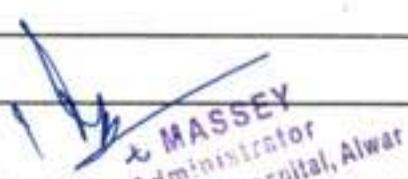
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is not granted by Koshika Foundation, in part or in full, then the Hospital reserves 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरी की ओर से घोषणाएँहोती को "कोशिका फाउंडेशन" से विविध सहायता द्वारा दिया जाना की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से घोषणा करते हैं।

- 1) यह कि न हो बर्तमान और न हो भविष्य में विविध सहायता किसी भी साकारी संस्थान या किसी अन्य स्थान से उक्त दोनोंपारांमें से लेंगे या से रहें हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से विकारिता/विनियुक्त उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा योगदान द्वारा सहायता विनियुक्त अंतिक/वास्तविक सहायता द्वारा गवायी गयी जाता है तो अस्पताल की विविध स्थानों से विविध सहायता देने का अधिकारा भूलिया रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल इतीम प्रदर्श उक्त दोनोंपारांमें होता है और सरकारी संस्थान या किसी अन्य सम्बन्धन से नहीं लेगा/संभालेगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से सीधी गई सहायता के बारे विविध प्रकृति की है। उन्हीं पर हस्पताल द्वारा ही गई सहायता या किसी गये उपचार/इक्रिया का चुनाव उन्हीं पर्याप्त है। इसलिये हस्पताल ने उन्हीं के इताव सुनाया और उन्होंने जो जारी की गयी विमोजानी उन्हीं पर्याप्त है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

अधिकृती के लिए संस्कृति

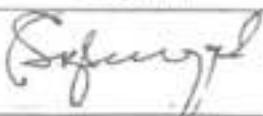
| | | |
|--|---|---|
| Date of Surgery अंगीरण की तिथि 25/6/19 | Dr. Dharman Singh (Name & Regn. No. with Stamp) डाक्टर डॉ. धर्म सिंह (रजिस्ट्रेशन नं.) Reg. No. 1004THAI |  (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) जिसे हम हस्पताल अधिकृत अधिकारी |
|--|---|---|

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

जानारी उपयोग है।

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नामी हस्ताक्षर ।



SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामी हस्ताक्षर ।

