

19/06/2021

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: V/0619/205 APPLICATION DATE: 03/06/19
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Jagannath AGE-YEARS आयु-वर्ष: 80 SEX लिंग: M
आवेदक का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: S/O Nalhi
पिता/कन्या का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

H-No-273, Shakti Nagar

Distt - Jhamaipur, Rajasthan, 321303

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

same as above



Pre op Post op
(0205) Jagannath

OCCUPATION: Unemployed
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

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

NA

PAN No. स्वयं खाता संख्या

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
हां / 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.	Ram Dabell	late	F	Wife
2.	Roshan	54	M	Son
3.	Upal	49	M	Son
4.	Ramoharman	44	M	Son
5.	Jagadevi	41	F	Daughter
6.	Kusam	38	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये कितने 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) उपभोग्यता 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 - JMSC
	LE - JMSC
	Swigersony - (RE) JMSC + 201

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता कितनी 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 राशी
	SCHE -	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

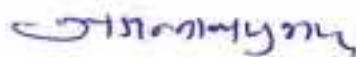
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं सच असत्य सच ज्ञात है तो मेरी सहमति निरस्त हो जा सकती है।
- 2) मैं इस से सहमत हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से ही जो भी है, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में मत रखा है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि भविष्य में मैं या मेरे परिवार को कोई भी, इस रकम का भुगतान या वापस किया किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न हो सके है और न ही भविष्य में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)

- 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 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 is in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्मति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन" और उसके न्याताओं "को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित हों, जैसे "कोशिका" द्वारा मीडिया, पत्र, वाक्यांश द्वारा उद्देश्य से मुझे चिकित्सीय और उपायों के लिये किसी भी प्रकार सहाय्य से प्रभावित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पता या कार में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहाय्य के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे सहाय्य का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसके न्याताओं का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुली का छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)

- 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.
- हस्ताक्षर अधिस्त, हस्ताक्षर की ओर से सहाय्य/रकम को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहाय्य हेतु सिफारिश को जारी है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:
- 1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहाय्य किसी भी सहाय्यी संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रकम/सहाय्य से लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मगर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहाय्य विनिर्दिष्ट अतिरिक्त/सहाय्य हेतु चयन नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सहाय्यी संस्था या किसी अन्य सहाय्य से सहाय्य लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल हिसाब नगर उक्त रकम/सहाय्य हेतु किसी भी सहाय्यी संस्था या किसी अन्य सहाय्य से नहीं ले रहा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से भी कोई सहाय्य/रकम वित्तिय प्रकृति की है। रोगी का हस्पताल द्वारा दो नई सहाय्य या बिना नये उपचार/प्रक्रिया का चयन रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रकम नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के हलाय सुझा और करने वाले को सहाय्य/रकम हेतु एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भी विषय का विनिर्दिष्ट इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए सिफारिश

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 04/06/19	DR. ABHISHEK HANDA MCI No.-09-35572 Sign..... (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
