

C19/06/0668

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika
foundation
Building block of life.APPLICATION No. :
आवेदन संख्या : V/0619/0247APPLICATION DATE :
आवेदन तिथि 12/06/19NAME of APPLICANT :
आवेदक का नाम Madan Mohan SharmaAGE-YEARS आयु-वर्ष
60SEX लिंग
MFATHER'S/SPOUSE'S NAME :
पिता/कन्या का नाम Nand Lal Sharma

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Nagla Katra, Bairappura

Distt - Bharatpur Rajasthan, 321001

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

Same as above

Pre op Post op
(0247) Madan
Mohan SharmaOCCUPATION :
व्यवसाय Unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

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

PAN No. स्थाई आयदा संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)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 सम्बन्ध
(1)	Nema Devi	58	F	Wife
(2)	Lalit Kumar	30	M	Son
(3)	Suman	27	F	Daughter
(4)	Madhu	25	F	1
(5)	Gurjun	21	F	1
(6)	Aasha	17	F	1

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनति 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) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सत्य
---	---	--	---

"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
	LE - IMSC
	Surgery - RE SICS + TOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED इस सहायता राशि
1.	SCCH	

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा घोषणा करना)

- 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रत्यक्ष में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी सहायता निरास हो जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को सहायक प्रति "कोशिका फाउंडेशन", से ही या नहीं है, उनका उपयोग सभी उद्देश्यों की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रत्यक्ष में मांग गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु यह राशि नहीं ले रहा हूँ, इस प्रति का अधिकार या राशि किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से, न ही निम्न है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा सहमत)

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 is this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रत्यक्ष पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अतः सहमत हो चुकता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रत्यक्ष में घोषित करें, इसे "कोशिका" एम्प्लॉयी, डॉक्टर, स्वास्थ्य सेवा प्रदाता/रोगी से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए विज्ञापन से सज्जित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रत्यक्ष का विवरण मेरे इलाज के चर्चे या मेरे काम के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित हैं उनके द्वारा सहायता का इंतजार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लॉयी भरोदारों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:
आवेदक का हस्ताक्षर या बाईं हाथ की छाप

मदन मोहन खारम

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा सहमत)

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.

हमने अधिकृत, हस्ताक्षर की और से समस्त/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हस्पताल) वित्त प्रत्यक्ष से पाने व स्वीकार करते हैं।

- 1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त होने से पहले या तो रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश द्वारा के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" इस सहायता वित्तीय अधिकृत/स्वीकार हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत/रोगी संगठन या किसी अन्य संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल वित्तीय प्रत्यक्ष द्वारा प्राप्त होगी/प्राप्त होने से पहले या तो रहे है।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही माँ सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा से माँ स्वास्थ्य या बिना से रोग/रोगी/रोगी का प्रत्यक्ष से ही प्राप्त होगा। मेरे बीच का विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रत्यक्ष नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुनिश्चित और अन्य चीजों की रीति और "कोशिका" की कोई भी प्रकृति या निर्णय/रोगी इस मामले में नहीं होगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

12/06/19

Dr. ABHISHEK HANDA

MCI No.-09-38672

Sign.....

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

डॉक्टर का नाम व इलाज नं. सहित, न

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

नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

भरोदा इलाज 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

भरोदा इलाज 2

[Signature]

[Signature]