

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION NO.: V10619/0279

आवेदन संख्या :

NAME of APPLICANT:  
आवेदक का नाम

khatun

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:  
पिता/कनूम का नाम

Bunle Ali

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: कठगांव आवासीय पता

Neharu colony, Nimgapur City  
Distt - Sawai Madhopur, 322202

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थान आवासीय पता

Same as Rojgarthan

OCCUPATION:  
अवासीय

House wife

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

NA

(Attach Proof of Income)

(आप का साथ मंत्रालय)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

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

क्या आप आप का यात्रा है (जो आप हो उस पर सही का विश्वास लगाये)

Yes / No

हाँ / नहीं

NA

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. इम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के सम्बन्ध
1.	Kanhe Khan	60	M	Husband
2	Abdul	32	M	Son
3	Mazze	30	F	Daughter
4-	Akram	24	M	Son
5-	Bulle	22	F	Daughter
6-	Sabana	16	M	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए विनति अधिकार

BPL Card (Attach Card Copy) ग्रामीण रेखा के लिए प्रयोग पत्र (प्रयोग पत्र की आवश्यकता संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) जल्द आप जीवन पत्र (प्रयोग पत्र की आवश्यकता संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रयोग पत्र की आवश्यकता संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof जन्म कोई साथ
--	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे यहे विनती का उद्देश्य:

Sr. No. इम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न

BE → IMSC

IE → IMSC

Surgery - (RE) STCS + TOL

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. इम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED तो वह सहायता करी
1.	SCEH	

**Koshika**  
foundation

Building block of life



Pre of Post of  
(6279)Khatun

**DECLARATION by APPLICANT:** अप्पिकेंट द्वारा केवल यह घोषणा है:

- 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 पर्याप्त करता हूँ कि इस प्रकार मेरे सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण ऐसा कहन अवश्य पापा जाता है तो मेरी सहायता शिक्षा की जा सकती है।
- 2) मैं इस जै सहायता की "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा सकती है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जायेगा, जो इस प्रकार मेरी सही गति है।
- 3) मैं पूर्ण करता हूँ कि विवर सहायता हेतु यह प्राप्ति की गई है, उस रूप का अधिक या लक्षण विभाग किसी अन्य सेवानिवेशक/वीक्षक कम्पनी में न हो सकता है और न हो परिवर्तन वाली।

**AGREEMENT by APPLICANT (अप्पिकेंट द्वारा करार)**

- 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 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 प्रकार मेरे अधिकार इसका अधिकार की ओर लगाता है कि यह "कोशिका फाउंडेशन और डाक्टर नवाजीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरी नाम, वास्तविक जीवन मेरे सभी विवरण इस प्रकार मेरी सही गति है, उसे "कोशिका" एवं नामी, राज, सर्वदा/सदृश उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार सहायता में प्रभावित करने के लिए अधिकृत है। मेरे इन वाले विवरण मेरे इसका के बहुत से कारण मेरे करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व नवाजीयों अधिकृत है।
- 2) मैं (अप्पिकेंट) इस बात से जहांता हूँ कि मेरी नाम, वास्तव, कार्यों और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्राप्ति है मुझे स्वतः सहायता का डाक्टर नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके नवाजीयों का विवरण अधिक और विवरण देता है।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

अप्पिकेंट के हस्ताक्षर या छापे का विवरण

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पातल 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.

इसमें अधिकृत, हस्ताक्षरी की ओर से सहायता की ओर सहायता की जाती है, जिसे हम (हस्पातल) जिम्मेदार से मापा व स्वीकृत करते हैं।

- 1) यह कि वह जै से चाहिए अंदर व ही भविष्य में विविध सहायता किये गए या यहांती संस्थान या किसी अन्य संस्थान से उक्त संगीयान्वयन में होंगे यह से यह है, ऐसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से विविधरूप विविध उक्त एवं सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मद्दत हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विभाग अधिकारी/कालान्तर हेतु मन्त्रु पहरी किया जाता है तो यह सम्भव है कि अन्यान्य उक्त उक्त संगीयान्वयन से यही संस्थान/संस्था।

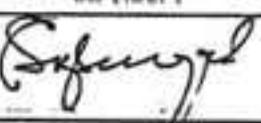
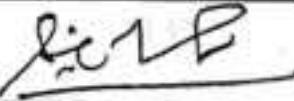
2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही यह सहायता केरव विविध प्रकृति की है। ऐसी या हस्पातल द्वारा या विवेक गढ़े उपचार/प्रक्रिया का चुनाव हेतु यह उपचार के बीच का विवर है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रकम नहीं है। इसीलिए हस्पातल में ऐसी के इसका सुरक्षा और अन्य जाने की अधिकारी/कालान्तर एवं उपचार की होगी और "कोशिका" को कोई पूर्वानुमति या विवेदारी इस मामले में नहीं होती।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृती के लिए संस्कृति

Date of Surgery जिपरेशन की तिथि 21/06/19	<b>Dr. ABHISHEK HANNA</b> MCI No.-09- 72 Sign..... (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व री. न.	 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पातल अधिकृत अधिकारी
--	--	--

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्रिक्त उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नवाजीय हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नवाजीय हस्ताक्षर 2 
---	--