

C19/08/0077

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

(Healthcare)

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(सहाय्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या : A/0819/0396

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : 02/08/19

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम : Kamla Devi

AGE-YEARS आयु-वर्ष : 57  
SEX लिंग : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/कटुम्ब का नाम : Dev Karan



PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासिय पता : Village - Heenglwhera, Teh. - Tizart,

Dist. - Alwar, Rajasthan  
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासिय पता

OCCUPATION / व्यवसाय : Farmer

MARRIED (निकाहित) / UNMARRIED (अनिकाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय : 70000

(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न) : NA

PAN No. / स्थाई खाता संख्या : NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये) : 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 को साथ सम्बन्ध
1	Mahaveesh	22	M	Son
2	Satveer	20	M	Son
3	Vijendra	18	M	Son

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

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

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

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Digestion - RE - PP LE - MSC
2	Surgery - LE - SICS + JOL

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

Sr. No. / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / ली गई सहायता राशि
1	SCFH	

**DECLARATION by APPLICANT:** शिवरू दत्त शर्मा

- 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 यथार्थ बता रहा हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस नए सहायता पत्र "कोशिका फाउन्डेशन" से लेता हूँ, इसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में पद दिया है।
- 3) मैं यथार्थ बता रहा हूँ कि भविष्य में मैं किसी भी प्रकार से किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले सकूँगा और न ही भविष्य में लूँगा।

**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 it's Trustees to use/publish/print/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 in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके 'न्याताओं' " को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में प्रेषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्याताओं, पत्र, पत्रिकाएँ द्वारा उद्देश्य में जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण या एकाग्रता के पहलू पर बदले या बदलने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" व न्याताओं अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वयं सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्याताओं का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**  
आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

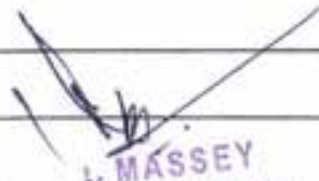
 RT  
Kamla

**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 it's 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से आपसे/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी और सरकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये ली जा रही है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा पत्र हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट/सफल हेतु पत्र नहीं दिया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय पत्र उक्त रोगी/रोगी के लिये किसी और सरकारी संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेनी गई सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा की गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षित और अने जाने को सही विधेयता रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई दबाव या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृती के लिए संस्तुति

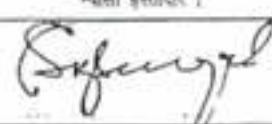
  
**MASSEY**  
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)  
Dr. Shroff  
जो वे पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery  
ऑपरेशन का तारीख  
3/8/19

  
**Dr. Abhinav Singh**  
MS (OPHTHAL)  
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
डॉ. अभिनव सिंह

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** अन्तर्गत उपयोग हेतु

**SIGNATURE of TRUSTEE 1**  
न्याता हस्ताक्षर 1



**SIGNATURE of TRUSTEE 2**  
न्याता हस्ताक्षर 2

