

11/08/2019

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)  
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No: 110819/0407  
 आवेदन संख्या

APPLICATION DATE: 05/08/19  
 आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Mahadev Prasad  
 आवेदक का नाम

AGE-YEARS: 76  
 SEX: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Bira Ram  
 पिता/कटुम्प का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: Village - Sunatgash, Teh. - Tharagazi, Dist. - Alwar, Rajasthan  
 वर्तमान आवास पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: as above  
 स्थायी आवास पता

OCCUPATION: Farmer  
 व्यवसाय

TOTAL ANNUAL INCOME: 45000/-  
 कुल वार्षिक आय

PAN No. NA  
 स्थायी 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 लगाएं)



MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)  
 (Attach Proof of Income) (आय का सत्य संतान) NA

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 संबंध |
|---------------------|--|-------------------------|-------------|--|
| 1                   | Shitala Ram                                    | 30                      | M           | Son  |
|                     |  |                         |             |  |
|                     |  |                         |             |  |
|                     |  |                         |             |  |
|                     |  |                         |             |  |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
 सहायता के लिये विधि उपचार

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| BPL Card (Attach Card Copy)<br>गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate (Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें) | Ration Card (Attach Copy)<br>उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें) | Any Other Basis/Proof<br>अन्य कोई सत्य |
|---|---|---|--|

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

| Sr. No. क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |
|---------------------|--|
| 1                   | Diphtheria - RE - MSC<br>LE - MSC  |
| 2                   | Surgery - LE - Phaco + IOL   |
|                     |  |
|                     |  |

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. क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>लौ गई सहायता राशि |
|---------------------|---|---|
| 1                   | SCEH                                      |   |
|                     |   |   |
|                     |   |   |

**DECLARATION by APPLICANT (अर्पक द्वारा घोषणा करना)**

- 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.
  - 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.
  - 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.
- मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झिंझक एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी आगत सहायता को खारिज कर दिया जा सकता है।
  - मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में उल्लेख किया गया है।
  - मैं घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी प्रकार से भविष्य में किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो सहायता ले रहा हूँ और न ही भविष्य में ऐसा करूँगा।

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

- 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.
- 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.

- इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्पक) अर्पक सहयोगी को सूचित करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एनएम न्यासीयों, दान, वाचनालय दूसरे उद्देश्य से तुम्हारे परिवार/संबंधीयों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सार्वजनिक या व्यक्तिगत रूप से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरी प्रार्थना का विवरण मेरी सहायता के लिये या मदद के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यासीयों अधिकृत है।
- मैं (अर्पक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एनएम न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

अर्पक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

Left  
Maharajwari

**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:

- 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.
- 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.

- इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से घोषित/रोजगारी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को ज्ञात है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगीयों में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय सहायता/सहायता हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सरकारी संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस सूचित में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/रोगीयों हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।
  - "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने वाली सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा ही 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 सुरक्षा और करने जाने को सारी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल को होंगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारियाँ इस मामले में नहीं होंगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृति के लिए संस्तुति

|  |   |   |
|--|---|---|
| Date of Surgery<br>ऑपरेशन की तारीख<br>5/8/19 | <p>Dr. Dharam Singh<br/>MS (OPHTHAL)<br/>(Name, PCD &amp; Regn. No. and Stamp)<br/>Reg. No. 12345</p> | <p>(Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)<br/>Dr. Shrotriya<br/>हस्पताल अधिकृत अधिकारी</p> |
|--|---|---|

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

आन्तरिक उपयोग हेतु

|  |  |
|--|--|
| SIGNATURE of TRUSTEE 1<br>न्यासी हस्ताक्षर 1 | SIGNATURE of TRUSTEE 2<br>न्यासी हस्ताक्षर 2 |
|  |  |