

c19/09/0306

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

A/0919/0507

APPLICATION DATE

आवेदन तिथि

09/09/19

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Munshi Singh

AGE-YEARS आयु-वर्ष

67

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

Kishan Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता

Village → Chomu, Dist. → Alwar

Dist. → Alwar, Rajasthan

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवास पता

as above

OCCUPATION:

व्यवसाय

Farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

45000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. क्या है/क्या नहीं है

NA

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

आप आय का राज है (जो मान्य हो उस पर चिह्न का निशान 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 से संबंध
①	Hogari Singh	37	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के सिद्धि विनोद आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे मने विनोद का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रोगनिदान/दवाखाने से जारी की गई प्रतिलिपि सूची संलग्न
①	Diagnosis → RE - PCIOZ LE - MSC
②	Surgery → LE - SICCS + IOZ

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 अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कितनी सहायता मिली
①	SCCH	

DECLARATION by APPLICANT (अर्शिका द्वारा घोषणा पत्र):

- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True in 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 प्रस्ताव में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। कोई भी झूठा विवरण एवं झूठा प्रमाण प्रस्तुत करने से मेरी भविष्य विवरण को खारिज कर दिया जा सकता है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी राशि मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रस्ताव में प्राप्त किया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस राशि के लिए भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से राशि प्राप्त करने की योजना नहीं बना रहा हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शिका द्वारा स्वीकार)

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 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 in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रस्ताव पर अपने हस्ताक्षर या मुद्रा छाप करके, मैं (अर्शिका) अपनी स्वीकृति के साथ स्वीकार करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार के माध्यमों से, जैसे कि "कोशिका" पत्र, पत्रिका, पत्र, साप्ताहिक पत्र, रेडियो, टीवी, मोबाइल फोन, इंटरनेट, या अन्य माध्यमों के माध्यम से मेरी तस्वीर और मेरे विवरण को प्रसारित कर सकते हैं। इसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रस्ताव में प्राप्त किया है।
- 2) मैं (अर्शिका) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण का उपयोग मेरी स्वीकृति के बिना अन्य स्रोतों से राशि प्राप्त करने के लिये "कोशिका" पत्र, पत्रिका, पत्र, रेडियो, टीवी, मोबाइल फोन, इंटरनेट, या अन्य माध्यमों के माध्यम से नहीं किया जायेगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LIFT + THUMB IMPRESSION:

अर्शिका के हस्ताक्षर या मुद्रा छाप

मुकेशीन्दर

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा स्वीकार)

By affixing hereunder, signature of our authorized 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 interplay 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 अधिकारी की ओर से, हम (हस्पताल) निम्नलिखित बातों को स्वीकार करते हैं:

- 1) यह कि हम न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में किसी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए प्रस्तावित करेंगे, जो हमारे द्वारा "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त की जाने वाली वित्तीय सहायता के लिए है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रस्तावित वित्तीय सहायता पूरी तरह से नहीं मिलती है, तो हमारे पास अन्य स्रोतों से वित्तीय सहायता प्राप्त करने का अधिकार होगा। यह स्वीकार करता है कि हमारे पास अन्य स्रोतों से वित्तीय सहायता प्राप्त करने का अधिकार होगा।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की जाने वाली वित्तीय सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी के उपचार का चयन और प्रक्रिया का चयन रोगी और हस्पताल के बीच है, जो रोगी और हस्पताल के बीच है, और इस पर "कोशिका फाउंडेशन" का कोई भी प्रभाव नहीं है। इसलिए, हस्पताल को उपचार और उपचार के परिणाम और रोगी की सुरक्षा के लिए पूरी जिम्मेदारी होगी, और "कोशिका फाउंडेशन" को कोई भी भूमिका नहीं होगी।

RECOMMENDATION FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए: हस्ताक्षर

Date of Surgery
अपरेशन की तारीख

9/09/19

Dr. Bharm Singh
MS (OPHTHAL)
Reg. No. 028084

C. MASSEY
(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory of Hospital)
हस्ताक्षर और पद का मुद्रा (अधिकृत अधिकारी के द्वारा)

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
भरोदार 1 का हस्ताक्षर

Bharm Singh

SIGNATURE of TRUSTEE 2
भरोदार 2 का हस्ताक्षर

Bharm Singh