

C19/09/0403

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

A/0919/0519

APPLICATION DATE

आवेदन तिथि

10/09/19

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Kamla Devi

AGE-YEARS आयु-वर्ष

56

SEX लिंग

F

FATHER/SPOUSE'S NAME :

पिता/सहोदर का नाम

Banswari Lal Saini

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Village -

Moti Ka Bas.

Teh. -

Rajasthan

Dist. -

Alwar,

Rajasthan

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

as above

OCCUPATION :

व्यवसाय

House Wife

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

5000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. स्थायी छाता संख्या

NA

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न का निशान लगायें)

Yes / हाँ

No / 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	maresh	32	m	Son
②	khemraj	28	m	son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनियम आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा का पीछे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय 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 साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे क्या विनियम का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रिविपेण्ट सूची संलग्न
①	Diagnosis -> RE - MSC LE - MSC
②	Surgery -> LE - SICS + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली जा चुकी है?

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

DECLARATION by APPLICANT: (अर्पणकर्ता द्वारा घोषणा करें)

- 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान दया जाता है तो मेरी आवेदन पत्र तथा मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से मिली सहायता, जो इस फॉर्म में बताई गई है, केवल उद्देश्य के पूर्ण होने के लिये ही प्रयोग की जा सकती है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता से कुछ भी वापस नहीं करूँगा, न ही भविष्य में किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से इस सहायता के लिये वापस मिलने की कोशिश करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पणकर्ता द्वारा सहमति)

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 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 फॉर्म पर मेरी हस्ताक्षर या अंगूठा छाप लगाकर, मैं (अर्पणकर्ता) यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन" और इसके ट्रस्टियों को मेरी नाम, पता, फोटो और मेरे उद्देश्य के विवरण का उपयोग करने की अनुमति दे रहा हूँ। इस जानकारी का उपयोग किसी भी माध्यम से किया जा सकता है, जिसमें मुँह से बोलना, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, दानों को आमंत्रित करने के लिए या कोशिका फाउंडेशन के गतिविधियों/सफलताओं के बारे में जानकारी फैलाने के लिए शामिल है। मेरी फोटो और विवरण का उपयोग मेरी उपचार या उद्देश्य के पूर्ण होने से पहले या बाद में किया जा सकता है।
- 2) मैं (अर्पणकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और उद्देश्य के विवरण का उपयोग मेरी सहायता के लिये नहीं किया जा सकता है। कोशिका फाउंडेशन के ट्रस्टियों का निर्णय मेरी सहायता देने या नहीं देने का अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्पणकर्ता के हस्ताक्षर या बायाँ हाथ की छाप

RT
Kamla devi

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमति)

By affixing its official signature or official Stamp/Signature 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.

हमारे अतिरिक्त, हम घोषणा करते हैं कि हम "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश करने जा रहे हैं, और हम (हॉस्पिटल) निम्न उद्घोषणा से सहमत हैं:

1) यह कि हम अभी या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता नहीं ले रहे हैं, न ही भविष्य में ऐसा करने की कोशिश कर रहे हैं, जब तक कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त न हो सके। यदि "कोशिका फाउंडेशन" हमें सहायता नहीं देता है, तो हमें अपने अभाव को किसी अन्य स्रोत से पूराने का अधिकार होगा। यह उद्घोषणा वास्तव में यह कहती है कि हम वित्तीय सहायता के लिए कोशिका फाउंडेशन से अनुरोध कर रहे हैं, लेकिन हम किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता नहीं ले रहे हैं।

2. "कोशिका फाउंडेशन" की सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमारे द्वारा रोगी पर उपचार करने के लिए चयनित उपचार/प्रक्रिया का चयन रोगी और हमारे हॉस्पिटल के बीच की व्यवस्था के आधार पर होता है, जो कोशिका फाउंडेशन के द्वारा प्रभावित नहीं होता है। इसलिए, हमारे हॉस्पिटल को उपचार और रोगी की सुरक्षा के लिए पूर्ण ज़िम्मेदारी होगी, और कोशिका फाउंडेशन को इस मामले में कोई भी भूमिका नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Receipt
स्वीकृति की तारीख

11/9/19

Dr. Dharm Singh
(Name of the Hospital/Dr. with Stamp)
हॉस्पिटल का डॉक्टर/डॉक्टर का मुद्रा

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)
हॉस्पिटल के अधिकृत अधिकारी का नाम, पद और मुद्रा

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
प्राथमिक हस्ताक्षर 1

Safarpur

SIGNATURE of TRUSTEE 2
प्राथमिक हस्ताक्षर 2

Safarpur