

C19/09/0409

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

A/09/19/0522

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

10/09/19

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Aani Devi

AGE-YEARS आयु-वर्ष

56

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/सहोदर का नाम

Kailash Chand

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Village - Padu Bas. Teh. - Rajgarh

Dist. - Alwar, Rajasthan

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

as above



Prop.

0522

Post-op

Aani Devi

OCCUPATION:

व्यवसाय

House Wife

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

50,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न करें)

NA

PAN No. स्थाई खाता संख्या

NA

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर तिकी का चिह्नन 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	Azad	42	m	Son
②	Khusi Ram	33	m	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनती आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached वैद्यकीय/दवाखाने से जारी की गई प्रतिक्रियाएं सुनी संलग्न
①	Diagnosis -> RE - IMSC LE - IMSC
②	Surgery -> RE - SICS + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इन उद्देश्यों 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 सी गई सहायता राशि
①	SCEH	

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शिका द्वारा घोषणा पत्र)
 I (Applicant) 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.
 I (Applicant) further confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance is requested by me.
 I (Applicant) further 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 which this assistance is requested.

मैं (अर्शिका) यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य और सही हैं। कोई भी झूठा विवरण मेरी आवेदन और जारी की गई सहायता को खारिज करने के लिए पर्याप्त होगा।
 मैं (अर्शिका) यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने इस सहायता को केवल "उद्देश्य" के लिए ही माँगा है, जो इस फॉर्म में बताया गया है।
 मैं (अर्शिका) यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने इस सहायता को प्राप्त करने के लिए किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से कोई भी रीबाइर्समेंट, पूर्ण या आंशिक, प्राप्त नहीं किया है और न ही भविष्य में करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शिका द्वारा सहमति)

By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to 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.

(Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, 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 फॉर्म पर मेरी हस्ताक्षर या अंगूठी के छाप लगाकर, मैं (अर्शिका) यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने Koshika Foundation और इसके ट्रस्टियों को "उद्देश्य" के लिए सहायता माँगी है, जो इस फॉर्म में बताया गया है।

मैं (अर्शिका) यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने इस सहायता को प्राप्त करने के लिए किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से कोई भी रीबाइर्समेंट, पूर्ण या आंशिक, प्राप्त नहीं किया है और न ही भविष्य में करूँगा।

मैं (अर्शिका) यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने इस सहायता को प्राप्त करने के लिए किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से कोई भी रीबाइर्समेंट, पूर्ण या आंशिक, प्राप्त नहीं किया है और न ही भविष्य में करूँगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शिका के हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप

RT
Aanidewi

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमति)

By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending & recommending 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 its right to make up the shortfall from another NGO or any other source. This affirmation 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/suggested by the Hospital on the patient, is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and is not influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will remain sole & complete responsibility of the treatment & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

मैं (हॉस्पिटल) यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने Koshika Foundation से सहायता माँगी है, जो इस फॉर्म में बताया गया है।
 मैं (हॉस्पिटल) यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने इस सहायता को प्राप्त करने के लिए किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से कोई भी रीबाइर्समेंट, पूर्ण या आंशिक, प्राप्त नहीं किया है और न ही भविष्य में करूँगा।

मैं (हॉस्पिटल) यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने इस सहायता को प्राप्त करने के लिए किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से कोई भी रीबाइर्समेंट, पूर्ण या आंशिक, प्राप्त नहीं किया है और न ही भविष्य में करूँगा।

RECOMMENDATION FOR ASSISTANCE

अर्शिका के लिए सहायता

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

11/9/19

Dr. Dharm Singh
HOSPITAL
29084

Signature, Designation & Stamp of Authorized Signatory
अधिकृत अधिकारी का हस्ताक्षर, पद और मुहर

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अर्शिका के लिए उपयोग के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 1

अर्शिका ट्रस्टी 1

Signature

SIGNATURE of TRUSTEE 2

अर्शिका ट्रस्टी 2

Signature