

21/10/2030

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building Block of life.

APPLICATION No.: 11/1019/0632
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 03/10/19
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Shankar Lal
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष: 55
SEX लिंग: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Prabhoo Dayal
पिता/वधू का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता

Rundah Nagar, Nandwani, Chaurani, Koll

Distt. Alwar, 11-8, 202001

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवास पता

same as above



Pre op Post op

(0632) Shankar Lal

OCCUPATION: Labour
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: NA
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का सबूत संलग्न) NA

PAN No. स्थान खाली रखें

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगायें)

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 के साथ सम्बन्ध
1	Pushpa	53	F	Wife
2	Deepak	25	M	SON
3	Amrit	23	M	SON
4	Badal	20	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति 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 अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE - IMSC
	LE - IMSC
	Surgery - (LE) STCS + IOL

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी
1-	SCCH	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनकर्ता द्वारा घोषणा है:

- 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, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Kashiwa 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 योशिका कक्षा में निम्न इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण यही जनकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विषय एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहजता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता प्रति "कोविड-19 फंडेशन", से ली जा रही है, उसका इस्तेमाल इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- 3) मैं पुनः कक्षा में निम्न इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण यही सत्य एवं सही पाऊँगा कि मैं इस सहायता के लिए किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बिमा कंपनी से न ले लिये जा रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा स्वीकृत)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post-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.
- 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठा छाप लगाकर, मैं (अर्हताकर्ता) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रश्न में घोषित हैं, उसे "कोशिका" एम्बुलेंस, चान, वाहन/व्यक्ति द्वारा वितरण से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को लक्ष्य किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हताकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के अर्थपूर्वक से प्रेषित है मुझे स्वयं सहायता का हस्ताक्षर नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" प्रत्येक उसके न्यासी को निर्णय अधिकार और साम्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अपेक्ष के ह्रास पर संघटन का निम्नान

१०५२५५५

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा किया)

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 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, हास्यचर्यों को और से गान्धर्वराष्ट्र की "कोटिका फायरवॉल" से विविध संरक्षण हेतु शिफारिश की जाती है, जिसे हम (व्यवसाय) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकृत करते हैं।

- [illegible]

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्थीकृती चो लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

ऑपरेशन की तारीख

04/10/19

~~Dr. PRIYA AGRAWAL~~

MCI No. -58417

Sign...

Name of Dr. & Regn. No. With Stamp

आवृत्त का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

नाम व चर इत्यवस्थान् अभिहित् अभिचारौ

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE _____

न्यासो हस्तः ।

Exempel

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्तधर २

1228

