

019/11/0373

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika  
Foundation

Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

A/1119/0597

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

12/11/19

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Saraswati Devi

AGE-YEARS आयु-वर्ष

61

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कन्या का नाम

Govinda

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Vill. Bhandedi, Teh. Malakhera,

Dist. Alwar Rajasthan

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

as above



Preop Postop

0597 Saraswati Devi

OCCUPATION:

व्यवसाय

House maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

60,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. स्थाई खला संख्या

NA

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

क्या आप आय कर दाता हैं (शुभ मान्य हो उस पर सही 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 के साथ सम्बन्ध
1.	hamstal	50	M	Son
2.	Ramsingh	40	M	Son

## BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये निम्नलिखित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा को भीषे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र को छया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य

## "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये निम्नलिखित का उद्देश्य:

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

## ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

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: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:**

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अत्यंत गलत साबित होता है तो मेरी सहायता वित्त को खारिज कर दिया जा सकता है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता यथा "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों की पूर्ति के लिये किया जावेगा, जो इस प्रारूप में मांग गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि वित्त सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं है, उस यथा का अधिक या एकल हिस्सा किसी अन्य प्रोडनियोजक/बोली कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लेंगा।

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

- 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/pub-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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके 'व्यक्तियों' " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, इसे "कोशिका" एवम् 'व्यक्तियों', दान, धरणा/या द्वारा उद्देश्यों से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व 'व्यक्तियों' अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से घोषित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस संबंध में "कोशिका" एवम् 'व्यक्तियों' का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

R.T  
Saraswati

**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:
- 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 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.

- यहाँ अधिकृत, हस्ताक्षर की और से मायसे/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वतंत्र से उस रोगी/मरीज से ली जा रही है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनियमन उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियमन/सफल हेतु मन्तु नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मरीज हेतु किसी और सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से नहीं लेता/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्तगत द्वारा की गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई हस्तक्षेप नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी को इलाज सुलभ और जाने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल की होंगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारियाँ इस मामले में नहीं होंगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख

12/11/19

DR. RAHUL GUPTA  
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
डॉक्टर का नाम व इलाका नं. व छाप

L. MASSEY  
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory  
on behalf of Hospital)  
नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी

**FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION** आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
व्यक्ति हस्ताक्षर 1

*[Signature]*

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
व्यक्ति हस्ताक्षर 2

*[Signature]*