

C10/12/2021

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: A/1239/0741
APPLICATION DATE: / आवेदन तिथि: 16/12/19

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: Kanni Ram
AGE-YEARS आयु-वर्ष: 78
SEX लिंग: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहोदर का नाम: Phuliy Ram

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता
Vill: Jagru Teh: Rathamda
Dist: Alwar Hwd/Jhansi
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाय आवासीय पता
जस एबोव



OCCUPATION / व्यवसाय: Farmer
MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): UNMARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: 70,000/-
(Attach Proof of Income) / (आय का प्रमाण संलग्न): NA

PAN No. / आय का पत्र संख्या: NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (को मान्य हो उक्त पर सही का चिह्न लगाएं):
Yes / No हा / 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 संबंध
1.	Ramohan	40	M	Son

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

BPL Card (Attach Card Copy) बीपीएल कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एडवुएस का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विन्यति का उद्देश्य:

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	Diagnosis RE- M&C LF- M&C
	Surgery RE- SICU + JOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के 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 राशि
	SCEH	

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शिका 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 प्रकरण में विवेक से सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। कहीं कोई विवरण सही कथन प्रमाण प्राप्त होता है तो मेरी सहायता शिथिल की जा सकती है।
- 2) मैं इससे अधिक घोषणा नहीं "कोशिका फाउंडेशन", से होने वाली है, इसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में सत्य तथा है।
- 3) मैं यही घोषणा करता हूँ कि मैंने यापन हेतु या भविष्य में नहीं है, उस राशि का अंशिक या वस्तुतः किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शिका 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/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 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 resuming 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शिका) अपनी सहमति को पूर्ण करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके 'वार्डनों' " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में प्रस्तुत है, उसे "कोशिका" एवम् 'वार्डनों' द्वारा, प्रचलन के द्वारा अर्थसंग्रह में जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। ये प्रकरण का विवरण मेरी इच्छा के बिना या कर के बिना "कोशिका फाउंडेशन" या 'वार्डनों' अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शिका) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि प्रकरण में प्रस्तुत हैं उन्हीं उद्देश्यों से प्रयोग हैं पूर्णतः सहायता का इंतजार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् 'वार्डनों' का निर्णय अंतिम और सत्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शिका के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



K.T.
Kamlesh Ram

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.

हमारा अधिकृत, हस्ताक्षर जो नीचे से प्रत्यक्ष/वार्डनों को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को करता है, निम्न इस (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करता है।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगीने से लेनी या ले पाई है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्रकाश के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी आतिथ्य/सहायता हेतु प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो हमारा किसी अन्य सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पूर्ण में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल निर्णय प्रदान उक्त रोगी/रोगीने हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं ले पाई।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से लेनी या सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा ही सही प्रकार से विवेक से उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल को बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षित और अपने कर्तव्य को सही विधि/प्रकार से ही हस्पताल को सही और "कोशिका" को कोई पूर्णतः या वित्तीय सहायता हेतु प्रस्तुत नहीं करेगा।

[Signature]

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती को लिए संस्तुति

[Signature]

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख
17-12-2019

Dr. RAHUL GUPTA
MS (OPHTHAL)
(Name of DN & Regn No. with Stamp)
हस्ताक्षर का नाम व पता/संख्या न. एवं न.

G MASSEY
Administrator
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIXA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामों हस्ताक्षर 1
[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामों हस्ताक्षर 2
[Signature]