

V.R.N.-C-19-12-0245

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
 (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: आवेदन संख्या : V/1219/0032

APPLICATION DATE: आवेदन तिथि 04/12/19

NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम Ramveer Singh

AGE-YEARS आयु-वर्ष 60 SEX लिंग M



FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कटुम्ब का नाम Mhi Lal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता Add - Ashok Vihar, Subhash Nagar

Distt - Ghagatpur Jaisalmer 32100

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

Same as above

Power of lost of (0832) Ramveer Singh

OCCUPATION: व्यवसाय Sant

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय NA

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

PAN No. स्थाई खाता संख्या

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	Pustapa Kess	65	F	Wife
2	Sushil	39	M	Son
3	Ritesh	36	M	Son
4	Dolly	34	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
 सहायता के लिये विवृति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प 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 विवृति का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिलिपि सूची संलग्न
	RE - TMSC
	RE - TMSC
	Surgery - (RE) 47CS + 101

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
1	SCCH	

**DECLARATION by APPLICANT: (अर्शेक द्वारा घोषणा करे)**


- 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 झूठा/गलत एवं कथन सत्यता बना रहा है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।  
 2) मेरे द्वारा की सहायता यथा "कोशिका फाउन्डेशन", से लेने का उद्देश्य है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने लिए किया जायेगा, जो इस प्रारूप में घोषणा किया गया है।  
 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि वित्त सहायता हेतु अब अर्शेक को नहीं है, अब एरि किसी भी अर्शेक या सहायक विवरण किसी अन्य सहायता/रोजगार/बीमा कम्पनी से न को लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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

- 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/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 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे को छाप लगाकर, मैं (अर्शेक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषणा है, उसे "कोशिका" द्वारा न्यासीय, चयन, सहायता हेतु उद्देश्य से पूर्ण गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार सहायता से प्रसारित करने के लिए जा सकता है। मेरे उद्देश्य का निर्वहन होने तक मेरे फोटो या पते से कलंक के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यासीय अधिकृत है।  
 2) मैं (अर्शेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता को उद्देश्यों से प्रेषित है पूर्ण रूप से सहायता या सहायता को नगला इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

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

अर्शेक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निरूपण




**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से न्यासीयों को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को करते हैं, विशेष रूप (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से घोषणा व स्वीकार्य करता है।  
 1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए लेने का उद्देश्य है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/प्रतिनिधि उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रारंभ हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय सहायता/सहायता हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्वास्थ्य किसी अन्य या सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखा है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्वास्थ्य वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेना/लेनी।  
 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्ताक्षर द्वारा दी गई सहायता या किये गये उपचार/उपचार का चुनाव रोगी और हस्ताक्षर के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये अस्वास्थ्य लेने के उद्देश्य सुरक्षा और जान जानने की बात विनिश्चय लेने एवं उपचार को रोगी और "कोशिका" को कोई सुरक्षा या विनिश्चय इस मामले में नहीं होगा।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृत के लिए संस्तुत

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>05/12/19</p>	<p>Dr. Piyu Agrawal M.B.B.S. &amp; Ophthalmology Reg. No. [Signature] (Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व मुद्रा, व</p>	 <p>(Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी</p>
--	--	--

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

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासीय हस्ताक्षर 1</p> 	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासीय हस्ताक्षर 2</p> 
---	---