

URN - C-19-12-0231

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. : आवेदन संख्या : ✓ 1219/0044

APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 04/12/19

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम Man Singh

AGE-YEARS आयु-वर्ष 76 SEX लिंग M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुम्प का नाम Naval Singh



PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता Add. Near Mattila ki Chakki, Gopalgarh

Distt - Bhanathali, Rajastham, 321001

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता Same as above

Part of Part of (0044) Man Singh

OCCUPATION : व्यवसाय Unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय NA

(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न) N/A

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 लगाये) 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	Shruti	15	F	Wife
2	Kharish	52	M	Son
3	Pawan	49	M	Son
4	Jitendra	46	M	Son
5	Rinku	43	M	Son

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश्ये 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 विनतों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RG - IMSC
	IE - TMSG
	Surgery - (LE) SICS + TOL

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 राशी
1	SCEH-	

DECLARATION by APPLICANT: (सावेदक द्वारा किया गया):

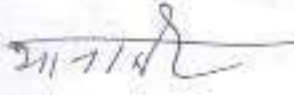
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are true to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance liable for rejection/cancellation.
 - 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", 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 प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान एवं कथन अंततः पता चला है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग उक्त उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में पता चला है।
 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि भविष्य में मैं या मेरी पत्नी, इस मदद का वापस या अंशतः किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न ले सकूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (सावेदक द्वारा किया गया):

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its 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 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.
 - 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 अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (सावेदक) अपना सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायोधीन" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और वे विवरण इस प्रश्न में घोषित हैं, उसे "कोशिका" एवम् नशीब, वक्त, वाचनादि जैसे उद्देश्य से नुसी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत हैं। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे प्रश्न के पत्रों या पत्र में उल्लेख के लिए "कोशिका फाउंडेशन" में नवीन अधिकृत है।
 2) मैं (सावेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित के लिये कभी कभी का हस्ताक्षर नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यायोधीन का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

सावेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान




AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा किया गया):

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 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.

इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को जताते हैं, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता स्रोत या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मरीजों के लिये का ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/किसी उक्त के माध्यम से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता मिलती अतिरिक्त/अन्य स्रोत से मदद नहीं लिया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत सहायता स्रोत या किसी अन्य सहायता स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल विशेष मदद उक्त रोगी/मरीजों हेतु किसी और सहायता स्रोत या किसी अन्य सहायता स्रोत से नहीं लेवा/लेगी।
 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति को है। रोगी पर हस्ताक्षर द्वारा दी गई सहायता या किसी अन्य उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं उसके परिवार का विचार है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्ताक्षर को रोगी के हित में सुरक्षा और जाने जाने को सभी जिम्मेदार होने एवं उपचार को लेनी और "कोशिका" को कोई भी नुकीला या जिम्मेदार इस मामले में नहीं होगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery अपरेसन की तारीख</p> <p>05/12/19</p>	<p>DR. Priya Agarwal M.B.B.S. MR. Chitwan Rajshahi Signature (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.</p>	<p>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी</p> 
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

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