

VRN- C-19-12-0239

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

(Healthcare)  
 (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: **V/1219/0845**  
 आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: **04/12/19**  
 आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: **Narpat Singh Kain**  
 आवेदक का नाम

AGE-YEARS **70** SEX **M**  
 उम्र-वर्ष लिंग



FATHER'S/SPOUSE'S NAME: **Chandhan Singh**  
 पिता/कटुन्य का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: **वर्तमान आवासीय पता**  
**Abd- Sway Pole Gate**

Distt - **Pharwadpur, Rajasthan, 321001**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: **स्थायी आवासीय पता**  
**Same as above**

Paste Photo of **Part of**  
**(0845) Narpat**  
**Singh Kain**

OCCUPATION: **Unemployed**  
 व्यवसाय

**MARRIED** (विवाहित) / **UNMARRIED** (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: **NA**  
 कुल वार्षिक आय

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

PAN No. क्या है/क्या नहीं है

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
 क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं) **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 सम्बंध
1	Ramkali	69	F	Wife
2	Kamal	36	M	Son
3	Raju	33	M	Son
4	Amprakash	31	M	Son

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

<b>BPL Card</b> (Attach Card Copy) नीची रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<b>EWS Certificate</b> (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<b>Ration Card</b> (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<b>Any Other Basis/Proof</b> अन्य कोई साक्ष्य
---	--	--	--

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE - JHSC
	IE - JHSC
	Surgery - <b>(A) SICS + IOL</b>

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
 इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता कितनी 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	SCH -	

**DECLARATION by APPLICANT:** अभ्यर्थक द्वारा घोषणा करना:

- 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 प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई गलत एवं कथन असत्य जना बात है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।  
 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो राशि मिले, उसका उपयोग उसे उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में धरा रखा है।  
 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि निम्न सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का व्यय/वापस या सुरक्षा किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न हो सके। और न ही भविष्य में हो सके।

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

- 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 is in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अभ्यर्थक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रश्न में उल्लिखित है, उसे "कोशिका" एन.जी.ओ., कला, प्रकाशन, प्रसारण, इत्यादि के माध्यम से बुरी-बुरी विज्ञापनों और प्रदर्शनों के लिये किसी भी प्रकार का प्रचार-प्रसारण से प्रभावित करने के लिये अधिकृत है। मैं प्रश्न का निराकरण करे या नहीं या उस से करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (अभ्यर्थक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रार्थित है, उसे कभी भी कानूनन नहीं बनाया जा सकता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एन.जी.ओ. ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

अभ्यर्थक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

*(Handwritten signature)*

**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 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.

हमारा अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से आपत्त/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) सिर्फ एक ही मात्र स्रोत मानते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता निम्न-उल्लिखित रोगी या रोगी के अन्य स्रोत से अन्य स्रोत/सहायता से लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्णयित रोगी के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियमित/अधिकृत/सकल हेतु मांगते हैं तो अस्वास्थ्य किसी अन्य और सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्वास्थ्य विनियमित करने वाले स्रोत/सहायता हेतु किसी और सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेना/लेनी।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो वित्तीय सहायता मिलेगी, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्तगत इस बात की पुष्टि करना कि मेरे रोगी/रोगी का चुनाव मेरी एक हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुझाव और अन्य चीजों को जारी रखने/लेने का अधिकार हमारे पास रहता है। रोगी और "कोशिका" की कोई भी पुष्टि या निर्णय/निर्णय इस मामले में नहीं लेनी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery अपरेशन की तारीख</p> <p>05/12/19</p>	<p>(Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व पिन नं.</p> <p><i>(Handwritten signature)</i></p>	<p>(Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर इलाका अधिकृत अधिकारी</p> <p><i>(Handwritten signature)</i></p>
--	---	--

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

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामों हस्ताक्षर 1</p> <p><i>(Handwritten signature)</i></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामों हस्ताक्षर 2</p> <p><i>(Handwritten signature)</i></p>
---	---