

VRN- C-19-12-0233

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
 (स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
 foundation

Building block of life.

APPLICATION No. : आवेदन संख्या : V/1219/0846

APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : 04/12/19

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम : Badan Singh

AGE-YEARS आयु-वर्ष : 80 SEX लिंग : M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुम्प का नाम : Nanga Ram

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता : Add - Lohana Dheun Singh ki haseli ke pas

Dist - Bhanupur, Rajasthan, 321001

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता : same as above



Doc of Post op
 (0846) Badan Singh

OCCUPATION : व्यवसाय : Farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) : MARRIED UNMARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय : 22000/-

(Attach Proof of Income) (आय का सबूत संलग्न) : NA

PAN No. स्थायी 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 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	Final Family	70	F	Wife
2	Jaypal	51	M	Son
3	Yogesh	48	M	Son
4	Bheem	46	M	Son
5	Pundra	43	F	Daughter
6	Anita	41	F	Daughter

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा में नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प उच्च वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (उपभोग पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये चिन्तों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RF - JMSC
	IG - JMSC
	Surgery - (L) SICS + JOL

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 राशि
1	SCEH	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा कर:

- 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 एवं दायन गलत पाया जाता है तो यही सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को सख्तता पूर्वक "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता प्राप्त होने पर, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में मंगल किया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि किसी सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अधिकतम या समस्त हिस्सा किसी अन्य संगठन/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न इसे भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा कर)

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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान देकर, मैं (आवेदनक) अपनी स्वीकृति और अधिकार देता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायोपक्ष" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रारूप में प्रेषित है, उसे "कोशिका" एम्प्लॉयर्स, डॉक्टर, प्राध्यापकों द्वारा उद्देश्य से मुझे प्रेषित करने और जानकारी के लिये किसी भी प्रकार संचार करने में प्रसारित करने को श्रेष्ठ अधिकृत है। मैं प्रथम का विवरण पर हस्ताक्षर करने पर यह स्पष्ट है कि "कोशिका फाउन्डेशन" न्यायोपक्ष अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से स्वीकृति देता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का अधिकार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लॉयर्स न्यायोपक्ष का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कर)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.

- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की और से आपसे/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये लेने का लक्ष्य है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता मिलती अतिरिक्त/सहायता हेतु मन्सूर नहीं किया जाता है तो हमारा किसी अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा में स्पष्ट कहा गया है कि हमारा/हमारे द्वारा सिफारिश हेतु सिफारिश की सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेना/लेना।
 - 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने की सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर इस्तेमाल द्वारा की गई सहायता का चयन रोगी और हस्पताल के बीच की व्यवस्था पर निर्भर करता है और इससे हस्पताल के चयन को प्रभावित नहीं करता है। इसलिए हस्पताल में रोगी के हलाक प्रारंभ और करने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल को होंगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस सम्बन्ध में नहीं होगी।



RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
अपरेशन की तारीख

05/12/19

Dr. Brijendra Astawal
M.B.B.S. M.S. Ophthalmology
RGO No. 100
Amritsar

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छिद्र, नं.

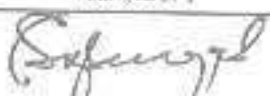
(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)

नाम व नं हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायी हस्ताक्षर 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायी हस्ताक्षर 2

