

URN - C-19-12-0377

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Building block of life.

APPLICATION No.: **V/1219/0863**
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: **06/12/19**
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: **Mahendra Singh**
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष: **66**
SEX लिंग: **M**

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



PASTE PHOTO HERE
Post of Post of (0863) Mahendra Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
Add - Au Gater, Deeg

DIST - **Bharatpur, Rajasthan, 321003**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता
same as above

OCCUPATION: **farmer**
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: **27000/-**
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income) (आय का सब्य 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 लगाये)

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 सम्बन्ध
1	Sarla	65	F	WIFE
2	Hugla	47	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया छवि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया छवि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सब्य
--	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE - JMSC
	RE - JMSC
	Surgery - (R) STCS / Phaco - 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
1	SCEH -	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक 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 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच व सही नहीं है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में धारा 1 में है।
 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी अन्य सहायता, पूर्ण या अंश, से प्राप्त नहीं करूँगा, उस सहायता के अतिरिक्त या इसके स्थान पर, जो किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से प्राप्त हो, जिसके लिए मैं सहायता माँग रहा हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise 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 donors 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 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 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 मेरा हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में घोषित हैं, इसे "कोशिका" एम्प्लॉयर्स, डॉक्टर, नर्स, चिकित्सक इत्यादि के माध्यम से सहायता माँगने के लिए प्रयोग किया जा सके। इस प्रारूप में मेरे नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण का उपयोग "कोशिका फाउन्डेशन" के माध्यम से किया जा सकता है।
 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण को किसी भी प्रकार का प्रचार-प्रसार के लिए प्रयोग किया जा सकता है। इस प्रारूप में मेरे नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण का उपयोग "कोशिका" एम्प्लॉयर्स, डॉक्टर, नर्स, चिकित्सक इत्यादि के माध्यम से किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:
आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से नामांकित व्यक्ति "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश करने वाला है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं:
 1) यह कि हम वर्तमान और भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी अन्य स्रोत से प्राप्त नहीं कर रहे हैं, जो कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/किसी अन्य सहायता से प्राप्त हो, जिसके लिए हमें सहायता माँग रहे हैं। यदि सहायता पूर्ण या अंश, से प्राप्त नहीं होती है, तो हमें सहायता माँगने के लिए प्रयोग किया जा सकता है।
 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी और हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" इस विषय में कोई भूमिका नहीं निभाता है। इसलिए हस्पताल को रोगी के इलाज/उपचार और उनके जीवन की सुरक्षा/सुरक्षा हेतु पूर्ण और "कोशिका" की कोई भी भूमिका या जिम्मेदारता हमें प्राप्त नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>07/12/19</p>	<p>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका नं. सहित, च.</p> <p><i>[Signature]</i> AGREED [Stamp]</p>	<p>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी</p> <p><i>[Signature]</i> [Stamp]</p>
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 पहली हस्ताक्षर</p> <p><i>[Signature]</i></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 दूसरी हस्ताक्षर</p> <p><i>[Signature]</i></p>
--	---