

VRN- (19-12-0375)

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
 (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या : V/1219/0865

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : 06/12/19

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम : Hukam

AGE-YEARS आयु-वर्ष : 56
 SEX लिंग : M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/पत्नी का नाम : Keshav



Paste PHOTO HERE
 Pre op Postop
 (0865) Hukam

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता

Add- Bunder Mohalla - Deeg

Distt - Bharatpur, Rajasthan 321203

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION / व्यवसाय : farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय : 22000/-

(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 निरान 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 सम्बन्ध
1	<u>Wife</u>	<u>55</u>	<u>F</u>	<u>Wife</u>
2	<u>Son</u>	<u>32</u>	<u>M</u>	<u>Son</u>
3	<u>son</u>	<u>29</u>	<u>M</u>	<u>son</u>
4	<u>Daughter</u>	<u>27</u>	<u>F</u>	<u>Daughter</u>
5	<u>Daughter</u>	<u>25</u>	<u>F</u>	<u>Daughter</u>

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा 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) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
 सहायता हेतु किसे गये किन्ती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	<u>RE - TRSC</u>
	<u>IE - TRSC</u>
	<u>Surgery (RE) STCS + JOL</u>

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
 इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लिये गई सहायता राशी
1	<u>SCEH</u>	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं अथवा गलत प्रकृत बना है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 2) मैं इसकी घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से मिली जा रही है, अथवा उपरोक्त उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में पत्रा किया है।
 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि वित्त सहायता हेतु वह अर्थव्यय को नहीं है, इस प्रति का आर्थिक या सफल रिहाय किन्हीं अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से प्राप्त किया है और न ही भविष्य में लूना।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/print 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 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या जीम्बे का दाग लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके त्रास्टीयर्स" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और का विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एन.जी.ओ. द्वारा, आवश्यक दूररे उद्देश्य से कुछी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकाश माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे उद्देश्य का निर्वहण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" को अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एन.जी.ओ. त्रास्टीयर्स का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

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 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 को जोर से चपले/रिसे को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसे और सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से वित्त संप्रदान प्राप्त में होने या हो रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उपाय के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा भुगतान हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट अधिकृत/अनुरोध हेतु मन्जूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सरकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत/संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट पता चला है कि अस्पताल विनिर्दिष्ट उपाय मन्जूर होने पर भी किसी और सरकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेना/लेगी।
 - 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो मदद/सहायता केवल वित्तीय इकाई की है। रोगी पर हस्ताक्षर द्वारा की गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्ताक्षर के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्ताक्षर को रोगी के इलाज सुरक्ष और जाने जाने में सभी जिम्मेदारों को एवं हस्ताक्षर को होगी और "कोशिका" को कोई भी प्रकार या जिम्मेदारता इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिये अनुमति

Date of Surgery
अभियंता की तारीख
07/12/19

(Signature)
FRI 13 MS Jharkhand
10.30.17
Date
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डाक्टर का नाम व रजिस्ट्रेशन नं. एवं मुद्रा

(Signature)
(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी



FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
त्रास्टी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
त्रास्टी हस्ताक्षर 2

(Signature)

(Signature)