

VRN- C-19-12-0376

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building Block of Hh.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

V/01219/0867

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

06/10/19

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Tulsiram

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

61

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कटुष्य का नाम

Ramsharup

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता

Add - Anu Estate, Deeg

Dist - Bhanotpur Rajasthan 321203

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवास पता

Same as above



PASTE PHOTO HERE

Pre op Post op
(0867) Tulsiram

OCCUPATION:

व्यवसाय

labour

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

NA

(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 निशान लगावे)

Yes / No

हां / 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	Vimala	58	F	wife
2	Ram	31	M	son
3	Kumar Singh	29	M	son
4	Seema	26	F	Daughter
5	Rohiniwati	24	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनियम आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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 किसे गये विनियम का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	BE - THSC-
	LE - THSC-
	Surgery - (IE) STCS + JAL

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 लौ गये सहायता राशी
1	SCEH-	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदन दाता 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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं बताया गया होगा तो मेरी आवेदन पत्र एवं जारी की गई सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से मिली सहायता केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये ही प्रयोग की जायेगी, जो इस प्रपत्र में पत्र में पत्र है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने अब तक और भविष्य में कभी भी किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से वही राशि के लिये और न ही किसी भी स्रोत से सहायता प्राप्त करने का विकल्प चुना है।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन दाता 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/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 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 अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदन दाता) कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों को अपने नाम, पता, फोटो और विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एम्प्लॉयर, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, सहित किसी भी माध्यम से सहायता प्राप्त करने के लिये प्रचारित करने के लिये अधिकृत करता हूँ। इस प्रपत्र का प्रयोग कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों के लिये किसी भी प्रकार के प्रचारित करने के लिये अधिकृत है। मेरी प्रपत्र का प्रयोग कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों के लिये प्रचारित करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" न किसी भी प्रकार अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदन दाता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों में प्रचारित होने पर सहायता प्राप्त करने का विकल्प चुना नहीं जायेगा। इस हस्ताक्षर के "कोशिका" एम्प्लॉयर, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक और किसी भी माध्यम से सहायता प्राप्त करने का विकल्प चुना नहीं जायेगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदन दाता हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

(Handwritten signature)

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर दाता 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. In 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 की ओर से आगे वर्णित की "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हस्ताक्षर दाता) निम्न प्रकार से सत्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी सहायता किसी भी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने का विकल्प चुना है। यदि कोशिका फाउन्डेशन से सहायता प्राप्त करने का विकल्प चुना है, तो कोशिका फाउन्डेशन से सहायता प्राप्त करने का विकल्प चुना है। यदि कोशिका फाउन्डेशन से सहायता प्राप्त करने का विकल्प चुना है, तो कोशिका फाउन्डेशन से सहायता प्राप्त करने का विकल्प चुना है।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से मिली सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। मेरी पर हस्ताक्षर दाता कोशिका फाउन्डेशन से सहायता प्राप्त करने का विकल्प चुना है। कोशिका फाउन्डेशन से सहायता प्राप्त करने का विकल्प चुना है। कोशिका फाउन्डेशन से सहायता प्राप्त करने का विकल्प चुना है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

इसके लिये सिफारिश

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख
07/12/19

(Name of Dr. & Reg. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व सील, न.

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



FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामों हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामों हस्ताक्षर 2

(Handwritten signature)

(Handwritten signature)