

URN-C-19-12-0 371

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
 (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: V/1219/0868

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: 06/12/19

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: Jagannath

AGE-YEARS आयु-वर्ष: 71 SEX लिंग: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/कटुम्प का नाम: Natthi



PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवास का पता: H.No. 273, Shastri Nagar, Newol, No. 40

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थाई आवास का पता: Dipth - Bhanupuri, Rajasthan, 321203

same as above

Rec of Postop
 (0868) Jagannath

OCCUPATION / व्यवसाय: Unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): MARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: NA

(Attach Proof of Income) / (आय का सबूत 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 लगायें): Yes / No हाँ / नहीं No

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	Ramchakali	70	F	Wife
2	Poojan	46	M	Son
3	Hubbhal	43	M	Son
4	Ramcharan	41	M	Son

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

BPL Card (Attach Card Copy) / गरीबी रेषा 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 सबूत
--	--	--	---------------------------------------

"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
	Emergency - (RE) STCS + JCB

ASSISTANCE BEING AVAILED FOR SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
 इस उद्देश्य के हेतु कहीं अन्य सहायता कितनी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / ली गई सहायता राशी
1	SCCH	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा बयान 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, invalid 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 सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन अथवा पत्र झूठ है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउण्डेशन" से जो सहायता मिलेगी, उसे केवल उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बतया गया है।
 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने अब तक और भविष्य में भी किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो सहायता ली है और न ही प्राप्त करने की इच्छा है।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post-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 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 दस्तावेज पर अपने हस्ताक्षर या बाएँ हाथ का अंगुली छाप (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता है एवं "कोशिका फाउण्डेशन और इसके न्यायोधीन" को अधिकृत करता है कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा आगे, पत्र, कथन/पत्राचार द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से इकट्ठा करने के लिये अधिकृत है। मेरी प्रारूप का प्रकाशित होने के पश्चात् मैं इस प्रारूप में दिये "कोशिका फाउण्डेशन" व न्यायोधीन अधिकृत है।
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित है उन्हें सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसके न्यायोधीन को निर्णय लेना और माध्यमही होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या बाएँ हाथ का अंगुली छाप



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 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.

इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर को और से न्यायोधीन को "कोशिका फाउण्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
 1) वह कि न तो हमारा और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सकारात्मक संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउण्डेशन" से सिफारिश/पत्राचार द्वारा के लक्ष्य में "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा सहायता सिफारिश/अनुमति हेतु मंजूर नहीं किया गया है तो अस्पताल किसी अन्य या सकारात्मक संस्था या किसी अन्य स्रोत/रोगी से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय पत्र उक्त रोगी/रोगी के लिये किसी भी सकारात्मक संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं ले रहा/लेगी।
 2) "कोशिका फाउण्डेशन" से जो सहायता वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज हम ही करेंगे और या किने गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी और हमारा को बीच का विषय है और "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए अस्पताल में रोगी को इलाज सुझा और अपने जाने की सभी जिम्मेदारी रोगी एवं अस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
 स्वीकृति के लिए सिफारिश

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 07/12/19	Reg No - 50117 Time..... Date..... (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व मुद्रा	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION मानकिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायोधीन हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायोधीन हस्ताक्षर 2 
--	--