

URN- C-19-12-0374

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)**  
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: आवेदन संख्या: **V-12/19/0869** APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: **06/12/19**

NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम: **Kishan Singh** AGE-YEARS आयु-वर्ष: **66** SEX लिंग: **M**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/पत्न्या का नाम: **Kaale**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता: **Vill - Shahpur, Dehkan**  
 Dirth - Bhamatruji Rajasthan, 321203  
 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता: **Same as above**



PASTE PHOTO HERE  
**Pre op Post op**  
**(0869) Kishan Singh**

OCCUPATION: व्यवसाय: **Farmer** MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय: **20000/-** (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न) **NA**

PAN No. स्थाई खरा संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  Yes / हा  No / 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	Kawal Devi	65	F	Wife
2	Ghanashyam	97	M	Son
3	Vijhna	39	M	Son
4	Bhasrat	36	M	Son

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

<b>BPL Card</b> (Attach Card Copy) भारतीय रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छात्र प्रति संलग्न करें)	<b>EWS Certificate</b> (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छात्र प्रति संलग्न करें)	<b>Ration Card</b> (Attach Copy) उपभोगता कार्ड (प्रमाण पत्र को छात्र प्रति संलग्न करें)	<b>Any Other Basis/Proof</b> अन्य कोई साक्ष्य
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:**  
 सहायता हेतु किये गये चिकित्सा का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RF - TMSC
	LF - JMSC
	Surgery - (L) STCSF-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	STCSF	

**DECLARATION by APPLICANT (अवेरक द्वारा करना 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 प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान एवं कथन अस्वीकार किया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से सहायता को "कोशिका फाउन्डेशन" से ही ही है, उसका उपयोग करने उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में पत्र किया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि बिना सहायता हेतु वह प्रार्थना को नहीं है, या यदि का अस्वीकार या सफल होगा किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (अवेरक द्वारा करना)**

- 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/post-up/produce 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान, मैं (अवेरक) अपनी सहमति को पूर्ण करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके स्वामी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में प्रेषित है, उसे "कोशिका" द्वारा स्वामी, दान, वित्तिय सहायता हेतु उद्देश्य से जुड़े गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्तक्षेप के अन्तर्गत या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व स्वामी अधिकृत है।
- 2) मैं (अवेरक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है। ऐसे प्रश्न: सहायता का अस्वीकार नहीं करता। इस अर्थ में "कोशिका" द्वारा स्वामी अधिकृत का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

अवेरक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान -

*[Handwritten Signature]*

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करना)**

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.

इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश को जारी है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रश्न से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/पाएंगे, जो हमें या तो हो रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्देश प्राप्त करने अर्थ में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता बिना अधिकृत/सफल हेतु मन्जूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता संस्था या किसी अन्य संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट बनाया है कि अस्वीकार विवरण प्राप्त करने योग्य/पाएंगे हेतु किसी और सहायता संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लोपाएंगे।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही यह सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही यह सहायता या निर्णय लेने उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी/हस्पताल को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई खर्च नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुख और माने जाने को पूरी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए (हस्ताक्षर)

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख  
07/12/19

*[Signature]*  
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

*[Signature]*  
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)  
नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी



**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु**

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
नामों हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
नामों हस्ताक्षर 2

*[Signature]*

*[Signature]*