

URN-C-19-12-0795

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :
आवेदन संख्या : V/1219/0912

APPLICATION DATE :
आवेदन तिथि 13/12/19

NAME of APPLICANT :
आवेदक का नाम Bunchi Ram

AGE-YEARS आयु-वर्ष 67
SEX लिंग M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :
पिता/कटुम्भ का नाम Kishan

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता

Augate, Durg

Dipth - Bharatpur, Rajasthan, 321203

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवास पता

Same as above



Recd of Postop
(0912) Bunchi Ram

OCCUPATION :
उद्योग/व्यवसाय Farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :
कुल वार्षिक आय 21000/-

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न) NA

PAN No. स्थाई खात संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

Yes / No

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगावे)

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	Chandranwati	66	F	WIFE
2	Rabhu	43	M	Son
3	Prem	41	M	Son
4	Rajiv	39	M	Son
5	Gaurav	37	M	Son
6	Shwanti	34	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये किये जाने वाले 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) व्ययभोजन कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये जाने वाले निती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिलिपि सूची संलग्न
	RE - P.P.
	IE - JMSC
	Surgery - (16) STCST10L

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	SCCH-	

DECLARATION by APPLICANT (अर्थक द्वारा घोषणा पर):

- 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.
 - 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.
 - 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाय तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस घोषणा के अन्तर्गत "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्राप्त करूँगा, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में प्रदाया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की जा रही है, उस राशि का अधिक या समकल हिस्सा किसी अन्य प्रायोजक/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न हाँ लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्थक द्वारा करार)

- 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 donations 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.
 - 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (अर्थक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा, शब्द/चित्र/दूरदर्शन से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे इसका विवरण को हलक के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" न अपनी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्थक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
अर्थक के हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप।



AGREEMENT by HOSPITAL (हमकल 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:

- 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.
- 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, हस्ताक्षरों को जोर से सम्बलेलेगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हमकल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।

- यह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सकारणी संस्थान या किसी अन्य स्त्रोत से उक्त रोगी/मरीजों में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनये उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनये स्वीकार/सकल हेतु सन्तुष्ट नहीं किया जाता है तो हमकल किसी अन्य और सकारणी संस्थान या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता द्वितीय मदद उक्त रोगी/मरीजों हेतु किसी और सकारणी संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेना/लेयी।
- "कोशिका फाउन्डेशन" से ही मैं सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हमकल द्वारा दो गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हमकल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कार्य प्रदान नहीं है। इसलिये हमकल में रोगी के इलाज सुलभ और अपने खर्च को हमने निभाने की रीति एवं हमकल को होगी और "कोशिका" को कोई पुष्टिका या जिम्मेवारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>14/12/19</p>	<p>Dr. Priya Agrawal M.B.B.S., M.D. Ophthalmology Reg. No. [Signature]</p> <p>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इम्तदाश व छाप।</p>	<p>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हमकल अधिकृत अधिकारी</p>
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इम्तदाश 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इम्तदाश 2</p>
--	--