

UKN-C-20-A1-1426

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika Foundation Building No. 10/11		
APPLICATION No. : आवेदन संख्या	V/0220/1126	APPLICATION DATE आवेदन तिथि	01.02.20	
NAME of APPLICANT अवेदक का नाम	Ramjeet	AGE-YEARS आयु वर्ष	77	
		SEX लिंग	M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/पत्नी का नाम	Darafo Singh			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास का पता				
Lohitwadi, Lohapada, Kataria				
DIST- Bhairathpur, Rajasthan, 321602				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवास का पता				
same as Above				
OCCUPATION उद्योग	Laborer	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय	3000/-	(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न) RJA		
PAN No. स्पष्ट कराया गया				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो प्रायः हो उसे क सही का चिह्न लगाएं)				
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 नाम सम्बन्ध
1.	Bhargava	65	F	Wife
2.	Vinodkumar	40	M	Son
3.	Sumit	37	M	Son
4.	Rishi	32	M	Son
5.	Veena Devi	28	F	Daughter in law
6.	Rajesh	25	F	Grand Daughter
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विनियम आधार				
EPL Card (Attach Card Copy) एनपीसी कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रोत्तिलेख करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एनएसएस प्रमाण पत्र का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रोत्तिलेख करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोजन कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रोत्तिलेख करें)	Any Other Basis/Pract अन्य कोई साक्ष्य	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायता हेतु किस कारण विनियम का उद्देश्य				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन/पुस्तिका संलग्न			
	RF - JMSC			
	LE - JMSC			
	Surgery - (RE) SCS + Prax			
ASSISTANCE BEING AWAILED 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 AWAILED नी गई सहायता राशि		
1.	SCEM			



Pre op Post op
4126 Ramjeet

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा कथन)

- 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 rescission/cancellation.
 - I hereby confirm that assistance if received from Koshika Foundation, will be exclusively for the purpose, as stated in this Form, for which such assistance was requested by me.
 - I hereby confirm that there will be no future avail of reimbursement in part or in full from any other source/employer/insurance or agency of the amount for which the assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ कथन करता हूँ कि इस प्रकार में मेरे एवं मेरी कनिष्ठ विवरण एवं आशय का उद्देश्य सच एवं सही है। यदि कोई विकल्प एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इसका उद्देश्य यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से ही या नहीं है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ति के निमित्त किया जाएगा, जो इस प्रकार में पाया गया है।
- 3) मैं यहाँ कथन करता हूँ कि इस सहायता हेतु, मैं भविष्य में या नहीं, इस योग्य का आशय या कथन किसी अन्य संगठन/रोजगारकर्ता/बिमाया से न ले सकूँगा और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कथन)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to (a) register/submit/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, or sending conditions for Koshika Foundation and/or disseminating information about its activities/charity events. 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.
 - I (Applicant) further agree that any disclosure 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 प्रकार में अपने हस्ताक्षर या अंगुली के दाग लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी पहचान की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोसेपंदा" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकार में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा स्वयं, दूर-दूरस्थ या दूसरे उद्देश्य से मुझे संचारित/विपणित/वितरित करने के लिए किसी भी प्रकार का प्रयास करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकार का विकल्प मेरे उद्देश्य के रहने या जाने में कल्पने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से स्वयं अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से घोषित है, मुझे स्वयं, सहायता का इस्तेमाल नहीं करने, इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उसके भरोसेपंदा को विवरण देना और वितरण देना।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या बायाँ हाथ का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कथन)

- 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 medical 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 course 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.
- हमने अधिकृत, हस्ताक्षर की जाए, मैं भरोसेपंदा को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं।
- यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और परस्पर संघर्ष या किसी अन्य स्रोत से एक रोगी/रोगिणी से ली जा सके है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु एक के उद्देश्य में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता के लिए आशय/कथन हेतु प्रस्ताव नहीं किया है। न ही भविष्य में किसी अन्य स्रोत से सहायता लेना का अधिकृत अधिकृत करता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा गया है कि हस्पताल वित्तीय मदद का सौंपावत हेतु किसी भी परस्पर संघर्ष या किसी अन्य स्रोत से नहीं लगेगा।
 - "कोशिका फाउन्डेशन" से ही या नहीं सहायता के लिए प्रस्ताव की है। मेरे या हस्पताल द्वारा ही यह स्पष्ट या कल्पने एवं उपचार/प्रक्रिया का चुनाव मेरी एक हस्पताल को ही करना है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रक्षण नहीं है। इसलिए हस्पताल में मेरी का इलाज सुरक्षा और मेरी जाने की सारे विषयों में मेरी सहायता की जाएगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी एक मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Dr. Priya Agrawal रजिस्टर की लिए संस्तुति
 M.B.B.S., M.S. Ophthalmology
 Reg No - 58417
 Time..... Date.....
 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
 डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व तिथि

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



FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 समी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 समी हस्ताक्षर 2
	