

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
 (स्वास्थ्य देखपाल)



APPLICATION No. (अवेदन नं.) U/0220/1133 APPLICATION DATE (अवेदन तिथि) 03.02.20

NAME of APPLICANT (आवेदक का नाम) Sufeddy AGE-YEARS (वय-वर्ष) 61 SEX (लिंग) F

FATHER/SPOUSE'S NAME (पिता/कन्या का नाम) Nempal Singh



PRESENT RESIDENCE ADDRESS (वर्तमान अस्थायी पता) Jhanrautha, Jhanrautha, Jhanrautha

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS (स्थाय अस्थायी पता) Dist - Madhwa, D.P. 20130

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS (स्थाय अस्थायी पता) same as above

Pre of Post of (1133) Sufeddy

OCCUPATION (व्यवसाय) Home Mailey MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME (कुल वार्षिक आय) 19500/- (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न) NA

PAN No. (आयदा पत्रा संख्या)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) (क्या आप आय कर शता है (जो मान्य हो उभ पर सही का चिहान चलाय) Yes / No (है / नहीं) No

FAMILY DETAILS (परिवार विवरण)

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member (परिवार के सदस्य का नाम)	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender (लिंग)	Relation with Applicant (आवेदक के साथ संबंध)
1.	Jitwant Singh	65	M	Husband
2.	Surinder	40	M	Son
3.	Savitri	38	F	Daughter in Law
4.	Vijayveer	20	M	Grand Son
5.	Ramesh	36	M	Grand Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
 सहायता के लिए किनारे आधार

BPL Card (Attach Card Copy) (सहायता हेतु के लिये प्रमाण पर (प्रमाण पर की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) (अन्य आय वर्ग प्रमाण पर (प्रमाण पर की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) (उपभोगा कार्ड (प्रमाण पर की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof (अन्य कोई साक्ष्य)
--	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
 सहायता हेतु किसे नये विनता का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached (अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न)
	RF - JMSC
	LF - JMSC
	सिखण्डेयु - (RE) SICS T JOL

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 (ली गई सहायता राशी)
1.	SCCH	

DECLARATION by APPLICANT (अर्थिक दृष्ट संस्था पर):

- 1) I hereby confirm factual details in this Form are true to the best of my knowledge. Any false statement will render my application & ongoing assistance null & void, for the entire duration of the assistance.
- 2) I solemnly confirm that assistance if received from Koshika Foundation will be used only for the purpose(s) 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 full from any other source/employed/retiree/other company, of the amount for which assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में मैंने सच बता दिया है। मैंने अपनी जानकारी के अनुसार सच ही बताया है। यदि कोई कथन सच नहीं होता है तो मैंने स्थापना विभाग को बताया है।
- 2) मैंने इसका उपयोग केवल "कॉशिका फाउंडेशन" से ही कर रहा हूँ, उसका उपयोग किसी अन्य स्रोत से नहीं करूँगा।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने स्थापना से प्राप्त की गई है, जो किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉय/रिटायर/किसी अन्य संगठन/संस्था/कंपनी से नहीं किया है और न ही भविष्य में करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्थिक दृष्ट संस्था):

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publicize 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 प्रश्न में मैंने स्थापना से आर्थिक सहायता के लिए स्वीकार किया है, मैं (अर्थिक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ कि "कॉशिका फाउंडेशन और उसके न्यायियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और आदि विवरण इस उद्देश्य के लिए है। इसे "कॉशिका" द्वारा स्वयंसेवक, दान, सहायता/पुस्तकें/उद्देश्य से मुझे निधि/सहायता/सहायता के लिए किसी भी उद्देश्य के लिए प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मैंने स्थापना के विवरण को स्थापना के पत्रों में प्रकाशित करने के लिए स्वीकार किया है।
- 2) मैं (अर्थिक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कॉशिका" के उद्देश्यों से प्रसारित करने के लिए स्वतः स्थापना का अधिकार नहीं बनाता। इस संबंध में "कॉशिका" द्वारा उक्त न्यायियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्थिक के हस्ताक्षर या बाएँ हाथ का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (स्वास्थ्य दृष्ट संस्था):

- By affixing my/our signature, 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 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.
 - 2) The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital or the patient is based on the range of treatment available to 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, स्वयंसेवक की ओर से या अनुमोदित की "कॉशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (स्वास्थ्य संस्था) स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि हम (स्वास्थ्य संस्था) और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिए या नहीं कर रहे हैं, जैसे कि हमने "कॉशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/निधि/उक्त के संबंध में "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान किया है। यदि "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विवरण आसानी/सहायता से प्राप्त नहीं किया गया है तो स्वास्थ्य संस्था को स्वयंसेवक/रोगी के संबंध में सहायता करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट किया गया है कि स्वास्थ्य संस्था स्वयंसेवक/रोगी के संबंध में सहायता करने का पूर्ण ज़िम्मेदार है।
 - 2) "कॉशिका फाउंडेशन" से प्राप्त की गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर स्वास्थ्य दृष्ट से यह सहायता या किये जाने वाले उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी या स्वास्थ्य संस्था का निर्णय है और "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए स्वास्थ्य संस्था को रोगी के स्वास्थ्य सुधार और आने वाले को सही निर्णय लेने में सहायता करने की है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Dr. Priya Agrawal

Date of Surgery
अपराध की तारीख
04-02-20

M.B.B.S., M.S. Ophthalmology
Reg. No. - 58417
Time..... Date.....
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व पंजीकरण नंबर

[Signature]

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)
नाम, पद-निर्देशन अधिकृत अधिकारी



FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यायी हस्ताक्षर 1
[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायी हस्ताक्षर 2
[Signature]