

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No: 010220/1160

APPLICATION DATE: 10.09.20

NAME of APPLICANT: Bamai Singh

AGE-YEARS: 75

SEX: M

FATHER/SPOUSE'S NAME: Gurnam



bio cap Post cap
(1160) Bamai Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: H.No. 42, Kheno Wala Mohalla, Tamra, Teh-Kumher

District-Bhadrachal, Rajasthan, 321201

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: Same as Above

OCCUPATION: Unemployed

MARRIED (निगडित) ; UNMARRIED (अनिगडित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 22500/-

(Attach Proof of Income) NA

PAN No. स्याई खल संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
आप आय कर दाता हैं (जो पान हो उस पर 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 साथ संबंध
1.	Rajendra	68	F	WIFE
2.	Chandrapaul	43	M	Son
3.	Shyamveer	40	F	Daughter in law
4.	Amber	34	M	Son
5.	Hari Mohan	35	M	Son
6.	Laxmi	33	F	Daughter in Law

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पर (प्रमाण पर की प्रतियां प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य आय का प्रमाण न (प्रमाण पर की प्रतियां प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोगका कार्ड (प्रमाण पर की प्रतियां प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	--	--	--

'PURPOSE' for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे सर्व विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से प्राप्त की गई इतिवृत्त सूची संलग्न
	RE - IMSC
	LE - IMSC
	Surgically - (R) SECTOMY

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 कितना मदद मिली है
1.	SCFH	

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक का बयान पत्र):

- I hereby confirm that all details in this Form are True to the Best of my knowledge, my false statement will cancel my Application & I shall be liable for rejection of application.
 - 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 the treatment in particular, from any other source/employee insurance company, of the amount for which the assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ पर इसमें दूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही सच होते हैं। यदि कोई विवरण सही सच प्रमाण प्राप्त है तो उसे साबुताना निराला कर दे सकता हूँ।
 2) मैं यहाँ पर इसमें दूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
 3) मैं यहाँ पर इसमें दूँ कि मैंने कहीं से भी अन्य सहायता या इलाज नहीं किया है, उदाहरण के लिए अन्य डॉक्टर/निर्भरकारी/कम्पनी से न तो किया है और न ही भविष्य में दूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार):

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to: (a) publish 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.
 - 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 is final, equal, will be final and acceptable to me.
- 1) इस पत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् "न्यातियों" द्वारा, वाचनिक या दूरदर्शन से सूची गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मैं इसका विवरण भी इसका संकलन या मदद के करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से जारी अधिकृत है।
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि साबुताना के उद्देश्यों से प्रकाशित है मुझे स्वतः साबुताना का इस्तेमाल नहीं करना। इस सहमति में "कोशिका" एवम् उसके "न्यातियों" का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आवेदक के हस्ताक्षर या बाएँ का निशान

Dr. Priya Agrawal

AGREEMENT by HOSPITAL (इस्पताल द्वारा करार):

- By affixing hereunder signature of our Authorized Signatory for recommending the 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. Our 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 cost of the treatment/procurement administered/ordered 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.
- इसमें अधिकृत हस्ताक्षर की ओर से आपसे-सर्वों को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को जारी है, जिसे हम (इस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता प्रदाता या किसी अन्य स्रोत से उस ही/रोगी/रोगी से लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश करने के माध्यम से "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अधिकृत/प्रदान हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो इस्पताल किसी अन्य सहायता प्रदाता या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा गया है कि सहायता द्वैतीय मदद उस रोगी/रोगी हेतु किसी भी सहायता प्रदाता या किसी अन्य सहायता से नहीं लेना/लेनी।
 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृत को है, रोगी पर इस्पताल द्वारा जो भी सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का मुहताम लेनी हमें इस्पताल के बीच का निष्पक्ष है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इस्पताल इस्पताल में रोगी के इलाज मुहताम और अपने जाने को सभी जिम्मेदारताएँ पर इस्पताल को होंगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारता इस मामले में नहीं होंगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए अनुमति

Date of Surgery ऑपरेशन का तारीख	<p><i>Dr. Priya Agrawal</i> M.B.B.S., M.S. Ophthalmology Reg No. - 58417 Date: _____ (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इस्पताल का पता व</p>	<p>(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर इस्पताल अधिकृत अधिकारी</p>
------------------------------------	---	---



FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 (नामों हस्ताक्षर 1)	SIGNATURE of TRUSTEE 2 (नामों हस्ताक्षर 2)
<i>Safarpur</i>	<i>Safarpur</i>