

C-21-09-0518

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

A/0991/0970

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

20/09/2021

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Babulal

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

63

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कन्या का नाम

Fula

PRESENT RESIDENCE ADDRESS - वर्तमान आवास का पता

Village:- Talwadi, Teh:- Bardsahi

Dist:- Alwar, Rajasthan - 301412

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS - स्थायी आवास का पता

as above

OCCUPATION:

व्यवसाय

Farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

65000+

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

N/A

PAN No. स्वयं रक्षक संख्या

N/A

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

क्या आप आय कर दाता हैं (बो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

Yes (हाँ)

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	Kajri	55	F	wife
2	Pawan	25	M	SON
3	Sunil	20	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये निम्नलिखित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) प्रतीनी रक्षा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये निवेदन का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached उपचार/प्रेस्क्रिप्शन से संबंधित कोई भी प्रमाण पत्र संलग्न
1	Diagnosis :- RE SENILE CAT LE - SENILE CAT.
2	Diagnosis :- LE - STC Setal JAN 10/2021

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिए गए हैं?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि
1	NILL	



Preop 0270 Postop Babulal

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक इस घोषणा पर: _____
I declare that the information given in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, null and void.

- AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)**

21 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.

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
अर्जितक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

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:

- 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.

"हम निम्नलिखित जानकारी देते हैं कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

2. "कोरिक्वा फाउन्डेशन" से लगे गई स्थापना केवल निहित प्रकृति की है। ऐसी पर हमला डाए भी गई सलाह का किये गये उपचार, प्रक्रिया का चुनाव योग्य एवं हमला के बीच का विवाद है और "कोरिक्वा फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दावा नहीं है। इसलिए हमला में ऐसी के द्वारा मुख्य और उसे अपने की सारी जिम्मेदारी योग्य एवं हमला को होगा और "कोरिक्वा" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

01.07.2021