

C-21-10-0189

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life		
APPLICATION No. : आवेदन संख्या : A10210349		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 08/10/21		
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम Jit Ram		AGE-YEARS आयु-वर्ष 70	SEX लिंग M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कन्या का नाम Shukki Ram				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता Village - H.No. 63, Ward No. 04, Panderi, Teh-Hatiny Dist - Panwari, Haryana - 121103				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता as above				
OCCUPATION : व्यवसाय Farmer		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय 55000		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न) NA		
PAN No. स्थायी खाता संख्या NA				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं) Yes / No हा / 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 सम्बंध
1	Soma	66	F	WIFE
2	Mohipal	47	M	Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे गये विनती का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
①	Diagnosis - RE - P.P. LE - SENILE CAT.			
②	Surgery - LE - STICSTOL			
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 लौ गई सहायता राशी		
①	NILL			

1) 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 rejection/cancellation.

2) 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

3) 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 धोषता करता हूँ कि इस प्रारूप में हिंसे गमे सभ्य विचारण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विचारण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी साक्ष्यता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो साक्ष्यता प्रति "कोशिका फाउन्डेशन", में ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस महापता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस प्रति का अंशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य डॉलर/रिजिस्टर/बोयो कम्पनी से न लो लिया है और न ही भविष्य में लेंगा।

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's 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 it's 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.

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 पर अपने हस्ताक्षर या ओटो की साथ लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्थायिक की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायोधी" को अधिकृत करता हूँ कि वेग नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में पेशित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायी, दान, वाचना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपस्थितियों के विषये किसी भी प्रश्न वाचन से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इरादों के पहलू या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि वेग नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का इकटार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यायोधी का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आवेदक से इच्छाधर या अंगुठ का निशान

U.T
Seet Rm

By affixing hereunder, 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 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.

हमारे अधिकृत, इन्स्टाबरी की ओर से मामले/रंगी को "कॉरेक्टा काउन्टेरान" से विलीन गणायता होत सिफारिश को जाली है, जियो हम (इम्प्लान्त) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते है:

1. यह कि न तो सर्वमान और न ही पवित्र्य में विविध सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रोत से उठाए जाएगी/पायलें में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" में सिफारिश/विनंति उठाते संस्थान में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मरए हेंगु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनंति आशिक/सकल हेंगु पचमू नही किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान में सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखा है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय चरण उठाए जाएगी/पायलें हेंगु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन में नहीं लेए/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" में ती गई सहायता केवल विविध प्रकृति की है। रोनी पर हममतल द्वारा ती गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोनी एवं हममतल को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रक्षाय नहीं है। इसीलिए हममतल में रोनी को इनका सुरक्षा और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी रोनी एवं हममतल की होगी और "कोशिका" की कोई धूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

9110121

Dr. NUPUR GUPTA
MS (OPHTHAL)

Reg. No. BMC/08822

CHARAN MASSEY

Administrator

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)

नाम व पद हस्तताल अधिष्ठात अधिकारी

आन्तरिक उपयोग हेतु

न्यासी हस्ताक्षर ।

न्यायी इस्लाम २

Exempel

part