

AWR-C-21-11-0443

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

A/1121/0468

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

17/11/2021

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Ganga Lahari

AGE-YEARS आयु-वर्ष

78

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कटुस्थ का नाम

Devi Sahay

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

village - Badigar, Mahalla, Talab,

Teh- Rajgarh, Dist- Ajmer, Rajasthan-30410

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

as above

OCCUPATION :

व्यवसाय

Farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

56,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. स्थाई खाता संख्या

N/A

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगायें)

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 सम्बंध
1	Palad	50	M	Son
2	Naranjan	48	M	Son
3	Babu Lal	45	M	Son
4	Hari Mohan	40	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा 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 किये 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.C.I.O.L. LE - SENILE CAT
②	Surgery - LE - SICS + IOL

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	NILL	

PreOP
0468

PostOP

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 धोखा खाता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहमति निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहमति राशि "कोशिका फरवन्देशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में परा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहमति हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अंशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य सोश्ल/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न लीया है और न ही भविष्य में लेंगा।

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise 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 अंगुली की छाप लगाकर, मैं (अक्षरों में) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में चोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, राज, वाचना/य दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए उपयोग है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इलाक के पहले या बाद में कार्य के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।

2) वी (आवेष्टक) इस बात से सहमत हैं कि मेष नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित हैं भुले न्यातः सहायता का हकदार नहीं बनता। इस सम्बंध में "कोशिका" दसम उसमें न्यायियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आवेदक को हुन्ताखर या अंगुठे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा जारी)

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.

हमारे अधिकृत, हमारा कार्य को और से मापने/पेने को "कोशिका फल-व्यंश" से विविध सहायक डेटा सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हमself) किन्तु प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो मतदान और न ही शक्ति का विविध सहायता किसी और सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वीत से उक्त लोग/स्थानों में लगे या तो रहे हैं, जैसे कि हमने "कोलिका फाउन्डेशन" से शिक्षा/विविध उपाय के सम्बन्ध में "कोलिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोलिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विविध अतिरिक्त/सहायता हेतु मन्त्र नहीं किया जाता है तो सम्भवतः किसी अन्य और सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि सम्भवतः द्वितीय मदद उपाय लोग/स्थानों हेतु किसी और सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लोग/स्थानों।

2. "कोशिका फाइब्रोसिस" से ती-पंच-संश्लेषण-कोशिका-विशेष-प्रकृति-की-है।-ऐसी-एक-हम-माल-द्वारा-ही-नई-सलाह-या-किये-नये-उपचार-प्रक्रिया-का-धुन-एसी-एवं-हम-माल-के-बीच-का-विषय-है-और-"कोशिका-फाइब्रोसिस"-द्वारा-किसी-प्रकार-का-कोई-दबाव-नहीं-है।-इसलिए-हम-माल-में-ऐसी-के-इलाज-सुरक्षा-और-जाने-जाने-की-सारी-जिम्मेदारी-ऐसी-एवं-हम-माल-की-होगी-और-"कोशिका"-की-कोई-धमिका-या-जिम्मेदारी-इस-समय-में-नहीं-होगी।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

18-11-2021

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

आवकतः को/नियुक्तः/सहायकः अर्थी न

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)

On Behalf of Heinrich Heine

नाम व पद हमें प्राप्त अधिकाृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

न्यासी हस्ताक्षर ।

न्यासी इस्लाम २