

C17/08/0032

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika
foundation
Building Block of Life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

V/0817/0249

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

09/08/017

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Ramjeet

AGE-YEARS आयु-वर्ष

66

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कटुम्ब का नाम

Sh. Harpreet

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

Villipet Neerangan, out. Mathur, H.P. 25/12/04

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

Same as above

OCCUPATION :

व्यवसाय

Unemployed - SANT

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

NA

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न करें)

NA

PAN No. सवाई खाता संख्या

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

आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान 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 सम्बन्ध
1	Ramjeet	66	F	WIFE
2				

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) सवाई रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोगिता कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ प्रि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साधन
--	---	---	---

"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
	RE - P.P.
	IS - MSR
	Surgery - (16) - Spine + Foot

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया हो?

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

PASTE PHOTO HERE
Preop Postop

(0249) Ramjeet

DECLARATION by APPLICANT: ☐ YES ☐ NO ☐ N/A

- 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 यहाँ पर कबल यह कि इस प्रमाण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य व सही नहीं होता है तो मेरी सम्पत्ति निरास हो जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर धर्मनाम पत्र "कौशिका फाउन्डेशन", से सब कुछ लेती हूँ, जिसका उपयोग करके मेरे पुर्तों को दिले किया जायेगा, जो इस प्रमाण में माग गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कबल यह कि जिस आलाय से मुझे यह प्रमाण भी मिला है, उस लायि वह अधिक या कमल विराम किसी अन्य सोर्स/एम्प्लायर/इन्सुरेन्स कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लेगा।

AGREEMENT by APPLICANT (SEEKING WORK)

- 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/publish-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 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 का उत्तर देना आवश्यक है। यदि आपका जवाब सकारात्मक है तो आपको "कोशिका फाउंडेशन और ट्रस्टीज कोशिका" के अधिकृत कर्मचारी से मिलकर या फिर अपने डॉक्टर या किसी अन्य व्यक्ति से मिलकर यह जानकारी देनी होगी कि आपकी समस्या क्या है, उससे निदान करने में मदद करनी है। यदि आपका जवाब नकारात्मक है तो आपको "कोशिका फाउंडेशन" से नहीं मिलेगा।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि कोशिका फाउंडेशन को उपलब्ध हो चुके हैं उनका उपयोग कोशिका फाउंडेशन और ट्रस्टीज द्वारा किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT-THUMB IMPRESSION _____

आपके पास यह जानकारी होनी चाहिए कि आपका बिल

214510

AGREEMENT by HOSPITAL (hospital 20 000)

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:

- 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 जगिद्वज, इश्वरजी की ओर से पागलेपणी को "कोशिका काट-पेंस" से खिंचि घटावता हेतु विचारिता को जाली है, जिसे हम (इश्वरजी) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- [illegible]

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

सर्वोत्तमों के लिए संरक्षित

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

10

10/8/12

Dr. Ashwini Kumar
MBBS MS.FICO
Reg. No. 08028

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
डॉ. व. ए. इन्दुकांत अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

 नामी महाराज 1

अथवा अथवा

Exempl

SIGNATURE of TRUSTEE 2

पृष्ठ संख्या 2

2028