

07/08/2020

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : A/0817/0324
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 11/8/17
आवेदन तिथि :

NAME of APPLICANT : SHER KHAN
आवेदक का नाम :

AGE-YEARS आयु-वर्ष : 72
SEX लिंग : M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : MALHU
पिता/कन्या का नाम :

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : Village :- Sahasali, Teh :- Krishnagadh, Dist :- Alwar (Raj.)
वर्तमान निवास पता :

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE
स्थायी निवास पता :

OCCUPATION : farmer
व्यवसाय :

TOTAL ANNUAL INCOME : 65000/-
कुल वार्षिक आय :

PAN No. : NA
पैन संख्या :

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं) : Yes / No हाँ / 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	शेर खान	77	M	पति
2	शकुन्तला	50	M	पुत्र
3	शहीदा	48	F	पुत्रवधु

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विवरी 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) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विवरी का उद्देश्य:	
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
i)	Diagnosis :- PE, IMSE, LE, IMSE
ii)	Surgery :- LE - SURGICAL

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 ले गई सहायता राशि
i)	SEEM	



DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा घोषणा करें)

- 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 & assistance 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 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 for which this assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य व सत्य साबित नहीं हो तो मेरी सहायता निरस्त हो सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में सत्य एवं सही है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रार्थना की नहीं है, इस उद्देश्य का और/या किसी अन्य प्राप्ति/पुनर्प्राप्ति/व्यापक कम्पनी से न तो लिया है और न ही लेना चाहता हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 its 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 प्रकार या अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपने सहयोगियों को अधिकृत करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके निदेशकों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका" दम्प, पत्र, चित्र, वीडियो, दूरदर्शन से सुदीर्घावधि और अंतर्राष्ट्रीय स्तर पर प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकार का विवरण मेरी सहायता के लिये या मेरे करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" में प्रसारित किया जा सकता है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी सहायता के प्रदान करने से अधिकृत है मुझे स्वतः सहायता का हक्क नहीं बचता। इस प्रमाण में "कोशिका" दम्प, उसके निदेशकों या निर्देशक अलग और अलग-अलग हो सकते हैं।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक का हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

Dr. Dharm Singh
MS (OPHTHAL)
Reg. No. 028024

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

- 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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
 - हमने अधिकृत, हस्ताक्षर की और से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से सहायता को स्वीकार करते हैं।
 - 1) यह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में किसी सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उसी रोगी/रोगी के लिये या से नहीं है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश उसी के सहायता में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/अतिरिक्त हेतु प्रदान नहीं किया जाता है तो हमें सहायता किसी अन्य सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रकार में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता सिर्फ वरत उसी रोगी/रोगी हेतु किया और सहायता संगठन या किसी अन्य संगठन से नहीं सहायता लेता।
 2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्राप्त किया जाता है वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा की गई सहायता या किने गये उपकरण/उपकरण का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुख और अपने करने की सही जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भुवि या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

हस्ताक्षर/छाप के लिए अनुमति

Date of Surgery

ऑपरेशन की तिथि

12/8/17

Dr. Dharm Singh

MS (OPHTHAL)

Reg. No. 028024

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

डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

Dr. C. MASSEY

Administrator

(Name of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

डॉ. नं. पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नामों हस्ताक्षर 1

Signature

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामों हस्ताक्षर 2

Signature