

C17080219

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

A/0817/0367

APPLICATION DATE

आवेदन तिथि

23/08/17

NAME of APPLICANT :

अवेदक का नाम

LALI BAIRWA

AGE-YEARS आयु-वर्ष

65

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कटुम्ब का नाम

TOTA RAM

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता

VILLAGE - ODPUR TEH. RAJGARH

Dist

AIWAR

RAJASTHAN

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवास पता

As above

PRE OP. POST OP.
0367 LALI
BAIRWA

OCCUPATION :

व्यवसाय

LABOURER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

60,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न) NA

PAN No. स्थायी राजता संख्या

NA

A. 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 (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 सम्बंध
1	तोताराम	70	M	पति
2	रघुवीर	50	M	पुत्र
3	लक्ष्मी	48	F	पुत्रवधू
4	श्रीमती नन्द	40	M	पुत्र
5	मिर्जा	35	F	पुत्रवधू

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को 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 - RIF - MSC LIF - LMSC
2	SURGERY - RIF - SICK + IOL

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 सी गई सहायता राशी
1	SCF 17	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा की जाती है:

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.

- AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा स्वीकृति)

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.

- स्वच्छता से स्वास्थ्य या अंगुष्ठ का निम्न

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.

- 1) यह कि न तो सार्वजनिक और न ही व्यक्तिगत में विधिवि सहायता किसी भी सरकारों संस्था या किसी अन्य संस्था से उठाए/पायले में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि इनमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्रायश्चित्त/विधिवि उठाए के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मरर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विधिवि अतिशय/सफल हेतु मन्तुर नहीं किया जात है तो अस्पताल किसी अन्य और सरकारों संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुनिश्चित रखात है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जात है कि अस्पताल द्वितीय मरर उठाए/पायले हेतु किसी भी सरकारों संस्था या किसी अन्य संस्थापन से नहीं लेते/लेगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से लेी गई सहायता कोषत विधिवि प्रकृति की है। ऐंगी पर इस्पताल द्वारा लेी गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का पुनः लेी एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायन नहीं है। इसीलिए इस्पताल में ऐंगी के इलाज सुरक्षा और अपने खर्च को सारी जिम्मेदारी ऐंगी एवं इस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई धुनिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

अनुराधा के अलावा,
अनुराधा के अलावा,

23/8/17

Dr. Dharm Singh

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

डाक्टर का नाम: प. रमेशचन्द्र व सवि. कु.

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
On behalf of Hospital)

Dr. Smt. Dr. Hasmata Begum, ଅଧ୍ୟକ୍ଷା

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION ज्ञानिक उपयोग हेतु

ज्योती इल्लय्यार ।

Exemplar

न्यायौ हस्त्याक्षर २

Handwritten signature