

018/07/0193

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No.:

A/0718/0265

APPLICATION DATE: 28/07/18

आवेदन संख्या:

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT:

Suvaram Brijjar

आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष

70

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

Bhowra

पिता/कटुम्ब का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Village - Dwarapuri, Teh. - Thanagazi,

Dist. - Alwar, Rajasthan

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

as above

Pr. op.
0265Post of.
Suvaram
Brijjar

OCCUPATION:

Labourer

व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

60,000

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न) NA

PAN No. स्थाई खाता संख्या

NA

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

Yes/No
हाँ/नहीं

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

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.	सुकरा गवर	80	M	पिता
2.	सदीपचन्द	45	M	बेटा
3.	विदुषा	43	F	पत्नी
4.	नरेश	30	M	बेटा

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) उपभोक्तृ 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 — RT- PP LE- IMSC
2.	Surgery — LE- SICCS + 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 तो गई सहायता राशी
1.	SCCH	

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 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मेरी डायरी जो सहायता एप्लिकेशन "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।

3) मैं पुनः कहना चाहता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस एप्लिकेशन का अतिरिक्त या समकाल हिस्सा किसी अन्य प्रोत्साहन/नियोक्ता/जीवन कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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.

1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अवेदक) अपनी सहायिता को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि वेरा नाम, पता, कोट और जो विवरण इस प्रपत्र में बोलित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, वाचना या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। येरा प्रपत्र का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान

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, हस्ताक्षरी की ओर से मामले/रोषी को "कोशिका फाउन्डेशन" से विलियम सहायता हेतु विपरीत की जाती है। जिसे हम (हमself) निम्न प्रकार से मान्य व प्रयोग करते हैं।

1) यह कि न तो संविधान और न ही पब्लिशिंग में विविध सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य संकेत से उक्त लेगी/सहायते में लेने या ले चुके है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से निष्पत्ती/वित्त उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता बिना अनिवार्य/सकल हेतु मन्त्र नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्पादन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त लेगी/सहायते हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेता/लेती।

2. "कोशिका फायब्रोसिस" से तीनों सलाहों का मतलब यह निकाला जा सकता है कि रोगी पर हमला करने वाले जीवाणु या किसी अन्य कारक के कारण रोगी को कोशिका फायब्रोसिस हो रहा है और "कोशिका फायब्रोसिस" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हमला करने वाले जीवाणु या किसी अन्य कारक के कारण रोगी को कोशिका फायब्रोसिस हो रहा है और "कोशिका" को कोई भी प्रकार का ज़ख्म या चोट नहीं होती।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

28/07/18

Dr. Dharm Singh

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

C. MASSEY
Administrator

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

नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

आन्तरिक उपपन्न है।

न्यासी हस्ताक्षर ।

2000