

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

A/0818/0331

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

16/8/18

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Vijay Prasad

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

65

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कटुम्भ का नाम

Ramphool

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Village - Makrada, Teh. - Rajgarh

Dist. - Alwar, Rajasthan

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

as above

OCCUPATION :

व्यवसाय

labourer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

56000

(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):

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान 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.	Self			

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे क्या विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	Diagnosis - RF - P.P L-F - IMSC
2.	Surgery - L-F - SICCS + IMSC

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 ली गई सहायता राशि
	SCEH	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

DECLARATION by APPLICANT: ☒ I declare that the above information is true and correct and that I am not aware of any other information that may affect the outcome of my Application. I understand that this statement will render my Application & ongoing

- 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 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 it 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 यही प्रमाण करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जायेगी।
- 2) मैं द्वारा जो सहायता एन "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- 3) मैं यही प्रमाण करता हूँ कि भविष्य सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस एजेंट का अधिकार या समर्थन बिना किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ली जाये और न ही भविष्य में ली जाये।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्जितकृत द्वारा स्वीकृति)

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 हस्तक्षेप का अंश को ज्ञापन लगाकर, मैं (अवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायोचित" को ज्ञापित करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायी, दान, वाचनालय दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार लाभान्वित से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे प्रश्न के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (अवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हक्कार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यायियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के सम्बन्ध या जगह का विवरण

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा स्वीकृति)

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:

- By affixing hereunder, signature of our authorised signatory for recommendation, we, the 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 को और से मान्यते/ऐसी को "कोशिका फायनडेशन" से विधिवत सहायता हेतु मिशनरि को जारी है, बिना हम (हस्ताक्षर) विनम्र प्रस्ताव से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- हमारे अधिकृत, हमसहरी को और से मान्यता/लेने को "कोशिका फाउन्डेशन" से विविध सहायता हेतु मिफातिर को जारी है, जिसे हम (हमसहरी) अपने प्रकार से मान्यता से मान्यता देते हैं।
 1) यह कि न तो हमसहरी और न ही एनविक में विविध सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उठा रोणी/मान्यता में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से मिफातिर/विपति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मरद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विपति अतिरिक्त/सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल को किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य समसंघन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखा है। इस युक्ति में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल डिग्रीय मरद उक्ता रोणी/मान्यता हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य सहायन से नहीं लेना/लेने।
 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने एवं सहायता कोन विविध प्रकृति की है। लेने पर हमसहरी द्वारा रो गुं सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोणी एवं हमसहरी को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हमसहरी में रोणी को इतना सुरक्षा और जाने जाने को सारी जिम्मेदारी रोणी एवं हमसहरी को होती और "कोशिका" को कोई दबाव या विप्लव/रो इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृतो के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

26/8/18

Dr. Dharm Singh
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डाक्टर का नाम व राज्यांकन संख्या

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

Dr. सुभाष चंद्र इस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2

28.04.2018