

010/08/0188

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

A/0818/0363

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

23/08/18

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Bholi Ram

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

60

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कन्या का नाम

Kalu Ram

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Village - Jona Kheda, Teh. - Laxmangarh

Dist. - Alwar, Rajasthan

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

as above



Pre op. Post op.

0363

Bholi
Ram

OCCUPATION :

व्यवसाय

Labourer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

59000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

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 सम्बन्ध
1.	Jeet Singh	30	M	Son
2.	Vinod	26	M	Son
3.	Amit	22	M	Son
4.	Usha	26	F	Daughter

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) उपभोगिता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे मने विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	Diagnosis :- RL - TMSC LE - TMSC
2.	Surgery :- LE - SICS + 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 ले गई सहायता राशी
1.	SCEH	

DECLARATION by APPLICANT: ☐ **सत्यम्** ☐ **असत्यम्**

- 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 & on-
 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 whi-
 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 comp-
 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 हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता मिले।
- 2) मेरे द्वारा जो साक्ष्य पत्रिका "कोशिका काउन्टडाउन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उम्मेदों के उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में धरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस साक्ष्य हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अधिक या घटकर किसी अन्य छोटी/बड़े/बक/बीस कम्युनि से न ले लिया है और न ही धारण

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 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/post-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 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 पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी साक्ष्यता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में उल्लिखित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, वाचनादिसु दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के तथ्य किसी भी प्रकार न्याय्य से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।

- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि योग, योग, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोर्टिका" एवम् उसके न्यायियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION _____

अभ्येदक को हस्ताक्षर या अंगुली का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (FURNISH TWO WITTS)

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.

इसमें अष्टांग, हस्तपदी की ओर से गायलेखी को "कोशिका फायन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु मिथिला की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से वाच्य व स्वीकार करते हैं।

- (1) यह कि न तो सर्वमान और न ही व्यक्ति में शक्ति का अभाव किसी भी सरकार की संस्था या किसी अन्य स्तर से उक्त ऐंगी/मायले में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कॉशिका फाउन्डेशन" में निगरानी/विविध उक्त के सम्बंध में "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विविध आर्थिक/सकल हेतु मन्त्र नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य भी सरकार की 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 ऐंगी/मायले हेतु किसी भी सरकार की संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेता/लेगी।

2. "कोशिका ऊपरनंदन" से सी गई सामग्री संकेत विधि प्रकृति की है। रोने पर हमसल इस सी गई सामग्री को बिने गने उपचारप्रक्रिया का सुलभ रोने एवं हमसल के बीच का विषय है और "कोशिका ऊपरनंदन" इस किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हमसल में रोने के इतर सुलभ और जाने जाने की सारी विषयवृत्ति रोने एवं हमसल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या विषयवृत्ति इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संसद

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

24/08/18

Dr. Dharm Singh
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
बिहार का नया वैद्यकृतिक विज्ञान

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

10. ताम्रभाष्य इत्यन्तर्गत अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तराष्ट्रिय व्यापार संस्था

SIGNATURE of TRUSTEE 1
 नामी हस्ताक्षर 1

Exemplar

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायी हस्ताक्षर २

Rich