

018/08/0192

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. : A/0818/0367
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 23/08/18
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : Ram Khilari
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष 62
SEX लिंग M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : Mathura Prasad
पिता/कटुम्भ का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता

Village - Bahali Khurd, Teh. - Laxmangarh,

Dist. - Alwar, Rajasthan

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवास पता

as above



Prac OP Post OP
0367 Ram Khilari

OCCUPATION : Farmer
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : 60,000/-
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. स्थायी खाता संख्या NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर चुकाते हैं (जो मध्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

Yes / No
हां / 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.	Vijay Singh	40	M	Son
2.	Rajiv Chand	35	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनिर्दिष्ट 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 किये गये विनिर्दिष्ट उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	Diagnosis :- RE - IMSC LE - IMSC
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 लिये गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि
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 यहाँ पर क़ात हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण पूर्व कथन अलग राश क़ात है तो मेरी सहायता दियत की जा सकती है।

2) मेरे द्वारा जो सहायता एत "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उल्लेखित उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में धृत ग़त है।

3) मैं यहाँ पर क़ात हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रारूप की जा रहा है, उस एत का आंशिक या सलत विरुत किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लीगा।

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 प्रश्न का अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी समझी की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउण्डेशन और उसके ग्यारों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, जहाँ, पोटो और जो विवरण इस प्रश्न में धीरक्ष है, उसे "कोशिका" एक्म् ग्यारों, राज, याचकता दूसरे उद्देश्य में जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से इस्तेमाल करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इरादों के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउण्डेशन" व ग्यारों अधिकृत है।

2) मैं (अविद्यक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि साक्षात्ता के उद्देश्यों से इकट्ठे किये गए हैं, साक्षात्ता का हकदार नहीं बचाता। इस सम्बंध में "कॉलिंग्डन" एवम् उसके व्यक्तियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

अपेक्षा के अनुसार यह संगीत का विभाग



Pr. wfr
Ranunculaceae

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, हमलाखरी की ओर से सामान्य/पैगली को "कोशिका पाठ्यक्रम" से विविध सहायता देते निवारितों को ज्ञाते हैं, जिसे हम (हमलाखरी) निम्न प्रकार से मान्य व समीक्षा करते हैं।

1) यह कि न तो सर्वजन और न ही अधिकांश में विविध सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वीत से उठाए जायेगी। हमने "कोशिका काउन्टडाउन" से विपरीत/विनीत उठाए के सम्बंध में "कोशिका काउन्टडाउन" द्वारा वरदान हेतु कि है। यदि "कोशिका काउन्टडाउन" द्वारा सहायता विनीत अधिकांशकर हेतु वरदान नहीं किया जाता है तो असमयत किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि असमयत द्वितीय वरदान उठाए जायेगी हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से नहीं लेना/लेनी।


2. "कोशिका फाउन्डेशन" से सी गैर सहायता केवल वित्तिय प्रवृत्ति की है। ऐसी पर हमलात द्वारा दी गई राशय या किये गये उपचार/प्रक्रिया का पुराय ऐसी एवं हमलात को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायन नहीं है। इसलिये हमलात में ऐसी के इलाज सुखा और अने जाने को सारी जिम्मेदारी ऐसी एवं हमलात की होगी और "कोशिका" को कोई धनिका या जिम्मेदारी हम मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

24/03/18

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

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

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
 नामी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामही हस्ताक्षर 2

Safeway

Rich