

019/01/0146

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)				Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या: A/0119/0752		APPLICATION DATE: 14/1/19 आवेदन तिथि		 <p>Precep. Post op. 0752 Devi</p>	
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम: <u>Devi</u>		AGE-YEARS आयु-वर्ष: <u>60</u>	SEX लिंग: <u>F</u>		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/सहोदर का नाम: <u>Kundan</u>					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता: <u>Mani Mahalla, Deeg Teh. Deeg</u>					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता: <u>Bhartpur Rajasthan</u>					
OCCUPATION: <u>Labawer</u>				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): ☒ ☐	
TOTAL ANNUAL INCOME: <u>70000</u>				(Attach Proof of income) (आय का प्रमाण संलग्न करें): <u>NA</u>	
PAN No. <u>NA</u>					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप करदाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न 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	
(i)	<u>Ganeshwar</u>	<u>29</u>	<u>m</u>	<u>Son</u>	
(ii)	<u>Chandhan</u>	<u>30</u>	<u>m</u>	<u>Son</u>	
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) आय आधारित 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 प्रमाण					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किन्ने गये विनती का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
	<u>Diagnosis -</u>				
	<u>Alc-PR</u>				
	<u>Ue-EMSE</u>				
	<u>Surgery -</u>				
	<u>Ue-SICS+ IOL</u>				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता विनती अन्य स्रोत से लिये गया हो?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लगी गई सहायता राशी			
1	<u>SCCH</u>				

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा कर:

- 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.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण मेरे ज्ञानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा विवरण एवं कथन जमाया गया होगा कि उसे मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं इससे घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउण्डेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल इस फॉर्म में उद्देश्य के पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस फॉर्म में मांग किया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं कर रहा हूँ, कि यह राशि किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से या ठेकेदार से मिले और मैं इस सहायता को स्वीकार नहीं करता।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा सहमति)

- 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 solidifying 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 प्रकार मैं अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउण्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस फॉर्म में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा यादगार, चर, प्रकाशनक द्वारा उपयोग में लाने की अनुमति दे दें और इससे प्राप्त होने वाले लाभों को अपने स्वयं के उपयोग के लिए उपयोग कर सकें।
- 2) मैं (आवेदनक) इससे सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के प्रार्थना के लिए दिये हैं, उनसे स्वतंत्र रूप से उपयोग की जा सकती है इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उनके अधिकारों का निर्धारण और संचालन होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा सहमति)

- 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, हस्ताक्षर की ओर से प्रस्तावित की गई "कोशिका फाउण्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं:
- 1) कि हम न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या उसे ले रहे हैं, जो कि हमने "कोशिका फाउण्डेशन" से सिफारिश/प्रतिफल प्राप्त के सम्बंध में "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा मांग किया है। यदि "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा सहायता निधि कोशिका फाउण्डेशन हेतु प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि के बिना हमें पता है कि सहायता प्रदान करने पर रोगी/रोगी के लिए हस्ताक्षर संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं ले सकते।
 - 2) "कोशिका फाउण्डेशन" से जो भी सहायता प्राप्त की जा रही है, वह केवल वित्तीय है। रोगी का उपचार और चिकित्सा प्रक्रिया के लिए हमें अपने स्वयं के अस्पताल/हॉस्पिटल या किसी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करनी होगी। इसीलिए हस्पताल में रोगी के उपचार प्रदान और अपने अपने को सही निर्णय लेने एवं हस्ताक्षर की ओर और "कोशिका" को कोई ज़िम्मेदारी या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

सिफारिश की गयी स्वीकृति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>15/1/19</p>	<p>Dr. Dharm Singh (Name of Dr. & Registrar with Stamp) हस्ताक्षर के साथ डॉक्टर का मुहर</p>	<p>Dr. Massey (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) हस्ताक्षर के साथ डॉक्टर का मुहर</p>
---	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोदार 1</p> <p><i>[Signature]</i></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोदार 2</p> <p><i>[Signature]</i></p>
--	--