

191110254

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप			(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	Koshika foundation Building block of life.
APPLICATION No.: आवेदन संख्या :	A/1119/0578	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि:	7/11/19	
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम:			AGE-YEARS आयु-वर्ष	SEX लिंग
Heera Lal			71	M
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/पत्नी का नाम:	Ram dev			
VILL. Duhar Chogam	Teh. Thengarji			
DIST. Alwar	Rajasthan			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: बतायन आवासाय पता		PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासाय पता		
		as above		
OCCUPATION: अवस्था	Farmer		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय	8500/-		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष संलग्न) MA	
PAN No. स्थाई खाता संख्या	MA			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निश्चय लगाये)			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
(i)	Magendra	30	M	son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनामि आधार:				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबों रेखा के भीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाप प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आवास वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाप प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाप प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कार्ड साक्ष	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनामि का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/कार्डिटा से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
	Diagnosis RE - TMSC LE - MSC			
	Surgery RE - SICS/TOT			
ASSISTANCE BEING AVALIED 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 AVALIED तो गई सहायता रकमी		
	SCEH			

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदक हाथ परेण यतः

- 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 परेण करता हूं कि इस फॉर्म में दिये एवं सभी विवरण मेरे जनकारी के अनुसार सत्य एवं यथा हैं। यदि कोई विवाह या क्रय करन वाला या तो मेरी सहायता गिराने के जे समाज है।
- 2) मेरे हाथ जो सहायता यांची "कोशिका फाउंडेशन", में भी आ रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य के चुंबि के लिए किया जायेगा, जो इस प्रकार में यथा यथा है।
- 3) मैं पूर्ण बताता हूं कि जिस सहायता हेतु यह प्रधाना की गई है, उस दाखि का अक्षिक ये सकल हितां कियाँ अन्य धोन्यालयों द्वारा मार्गी से न तो सिया है और न ही परिवर्ष में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT:** (आवेदक हाथ करा)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 its 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 फॉर्म पर आपने हाथापार या अपेक्ष भी ज्ञाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहायता की पूर्ण बताता हूं एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके जातीयों" को अधिकृत करता हूं कि मेरा नाम, पता, और और जो विवाह इस प्रकार में चोरिश है, उसे "कोशिका" एवं न्यायी, दान, बाचनाचा दूरी उद्देश्य से जुड़ी नागरिकियों और दालियों द्वारा लिया जायेगा। ये प्रत्याप यथा अधिकृत करने के लिए आवधिकृत है। गोपन प्रकार का विवाह मेरे इसान के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहजत हूं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवाह जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्राप्ति हैं मुझे बताएँ। सहायता का हकदार नहीं बनता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके जातीयों का निर्वय अधिकृत और बाल्यकारी होता।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:**  
आवेदक को इसकारा का अंगूठे का विश्वास

(L)

Hector

**AGREEMENT by HOSPITAL:** (इस्पातल हाथ करा)

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:

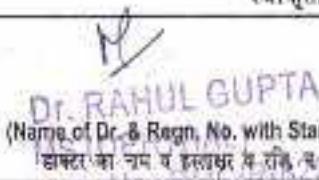
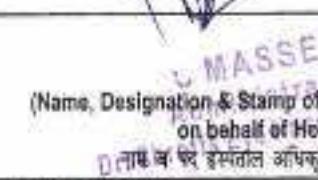
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is 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, हालातकी की ओर से आपसे दोनों को "कोशिका फाउंडेशन" से विवाह सहायता हेतु विकास की जाती है, जिसे हम (इस्पातल) जिन प्रकार से मान व स्वीकार करते हैं।

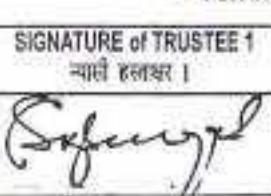
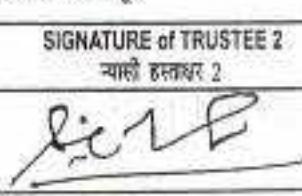
1) यह कि न से अधिकतम और न ही अधिकतम में विविध सहायता दियी गैर साकारी संस्थान या दियी जान्य स्वास्थ से उत्तर गोणीयामते में होने पा तो रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से विकासकारी उद्देश्य में "कोशिका फाउंडेशन" हाथ सहायता दिया अधिकारकल बेटु भवन नहीं दिया जाता है तो अस्पताल दियी जान्य और साकारी संस्था या दियी जान्य सहायता सेने का जनिकत सुरक्षित रखता है। इस पूर्ण में स्वास्थ बहा जाता है कि अस्पताल दिनीय परद डक्टर गोणीयामते हेतु दियी गैर साकारी संस्था या दियी जान्य साथ से नहीं लांगलांगता।

2) "कोशिका फाउंडेशन" से लो गई सहायता बेंचल विविध प्रकृति की है। ऐसी पर हालातल हाथ दी गई सहायता या किये गये उपचार/जक्रिया का खुश गोणी यह अस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वाएँ दियी जाकर का फोर्म इस्याद्य नहीं है। इसलिये इस्पातल में गोणी के इसान सुखा और अने जने की लाते विष्येश्वरी गोणी एवं इस्पातल की गोणी और "कोशिका" की कोई भूमिका या विम्बेद्यारी इस नामकों ने नहीं लांगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृती के लिए संस्कृति

Date of Surgery अंपायन की तारीख 8/11/19	 Dr. RAHUL GUPTA (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) दाकांक का नाम व हालातल के तारीख 8/11/19	 Dr. MASSEY (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) दाकांक का नाम व हालातल अधिकृत अधिकारी
---	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आनांदि उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हालातल 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हालातल 2 
--	---