

C/9/11/0222

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता ढेते आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.: A/1115/0585

APPLICATION DATE: 8/11/19
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम

Gulab

AGE-YEARS उम्र-वर्ष
आवेदक की उम्र

69 F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:
पिता/कानूनी का नाम

Raghuvir

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: बासिन स्थान आवासीय स्थान
VILLAGE: Rambar Teh. - Mumawar

DIST.: Alwar

Rajasthan

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाइ आवासीय स्थान

as above



Preeop Postop
0585 Gulab

OCCUPATION:
जैविक

House maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (विवाहित)
(Attach Proof of Income)
(आप का साध्य संतरण)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल जैविक आय

57000/-

MA

PAN No. स्थाई छाता संख्या

MA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
बहु आप आय कर दात हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगायें)

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) | Dharm Singh | 39 | M | Son |
| (2) | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये चिह्नित आधार:

| BPL Card (Attach Card Copy) | EWS Certificate (Attach Certificate Copy) | Ration Card (Attach Copy) | Any Other Basis/Proof अन्य कोई साध्य |
|--|---|---|--|
| बीपीएल के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की ओरा प्रति संलग्न करें) | अर्थ अय बीएस पत्र (प्रमाण पत्र की ओरा प्रति संलग्न करें) | उपभोक्ता कार्ड (उपभोक्ता की ओरा प्रति संलग्न करें) | |

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये चिन्हों का उद्देश्य:

| Sr. No. क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से आई की गई प्रतिक्रेदन सूची संलग्न |
|------------------------|--|
| | Diagnosis RF - M3C LF - M3C |
| | Surgery RF - STCS + TOL |

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: अप्पेलेट का प्राप्ति का:

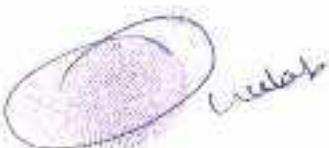
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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.
- 4) मेरी जिवाय कला है कि इस प्राप्ति से प्राप्त गये सभी विवरण ऐसे जनकारी के अनुमति नहीं हैं। यदि कोई विवरण ऐसे काम उपलब्ध नहीं हैं तो मेरी सहायता निवार की जा सकती है।
- 5) मेरी द्वारा जी भवितव्य रखा "कोशिका फाउंडेशन", से तो जा रही है, डाक्टर उपर्योग डॉक्टर डॉक्टर को पूर्ण के लिए किया जावेगा, जो इस ज़रूरत में आए गए हैं।
- 6) मेरे पुरुष कला है कि इस सहायता के लिए यह प्राप्ति को नहीं है, तब यहाँ पर आशिक या सफल तिसरी जीवन कामनी से न हो जिए हैं और न हो जीवन ये हैं।

AGREEMENT by APPLICANT (अप्पेलेट का प्राप्ति)

- 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अनंतर को लगा लागाकर, मैं (अप्पेलेट) अपने सहायता को पुरुष कला है एवं "कोशिका फाउंडेशन और उपर्योग न्यासीयों" को अधिकृत करता हूं कि यह चय, घटा, जोड़े और जी विवरण इस प्रपत्र में दर्शित है, डॉक्टर "कोशिका" एवं उपर्योगी, रुच, अन्नादाता द्वारा उपर्योग में जुड़ी गतिक्रियाओं और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रस्तुत स्थायी रूप से प्रस्तुत करने के लिए अधिकृत है: ये डॉक्टर का विवरण ये लगान के बजाए या बदल में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अप्पेलेट) इस बात से सहायता हूं कि यह नाम, पता, जोड़े और विवरण जो कि सहायता को उपर्योग में प्रतिष्ठित है मुझे उपलब्ध सहायता का छवाया नहीं जाना। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उपर्योग न्यासीयों का निर्धारण अधिकृत और जास्तीकारी होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अप्पेलेट के हस्ताक्षर या अंगूठे का निराल



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल का प्राप्ति)

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.

इसी अधिकृत, हस्ताक्षरी को और मेरे मामले/योगी को "कोशिका फाउंडेशन" से विविध सहायता हेतु निपारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से यथा या स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न हो बत्तेपाल और न हो परिषद में विविध सहायता किसी गैर जाकारी संस्थान के द्विसी अब इसीरहे तक रोक देनी/यापने में लेने का से रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से निर्भावना/प्रियकृत उपर्योग में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदर हैं कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता निर्दिष्ट अधिकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से सहायता सेने का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस पूर्ण में स्वाक्षर करा जाता है कि अस्पताल द्वितीय बदल उपलब्ध या योग्य या लेनी/यापने हेतु किसी गैर जाकारी यापना या किसी अब यथावत से बही लेना/लेनी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से तो गई सहायता को लेने विविध प्रकृति की है। ऐसी पर दृष्टिकोण द्वारा ही गई सहायता या विविध ग्राहक प्रक्रिया का चुनाव देनी एवं हस्पताल के बीच का विवर है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार भी बदल नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और माने जाने की सारी किस्मेशरी योगी एवं हस्पताल की होते और "कोशिका" को कांटे पूर्खा या नियमेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्कृति**

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
Dr. Shroff on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्राजि उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामी हस्ताक्षर 2

