

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No.: V/0120/0942

आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 03-01-20

आवेदन तिथि:

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Shiv Dae

AGE-YEARS आयु-वर्ष

75

SEX लिंग

f

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कटुम्ब का नाम

Indri

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Vill - Taghina

Dist - Bhamatpur, Rajasthan, 321001

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

Same as Above

Pre op Post op
(0942) Shiv Dae

OCCUPATION:

व्यवसाय

Home Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

20,000

(Attach Proof of income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर शीट हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगायें)

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.	Ramji Lal	74	M	Husband
2.	Rajveer	51	M	Son
3.	Rajveer	47	M	Son
4.	Priyam	44	M	Son
5.	Lal Vanti	41	f	Daughter
6.	Indri	38	f	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये कितनी आधार

BPL Card

(Attach Card Copy)

गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र
(प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)EWS Certificate
(Attach Certificate Copy)अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र
(प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)

Ration Card

(Attach Copy)

व्ययपत्र कार्ड
(प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)

Any Other

Basis/Proof

अन्य कोई साक्ष्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनोद का उद्देश्य:

Medical Reports/Prescriptions Attached

अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न

Sr. No.
क्रम संख्या

RE - IMSC

LE - D.P

SUGGESTION - SUGGEST + JAL

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 संख्याNAME of OTHER SOURCE
अन्य स्रोत का नामAMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED
सी गई सहायता राशी

SCFH

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य सचन अथवा पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात की सहायता प्रति "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में करा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आंशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य स्रोत/निर्धन/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print-up/produce 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 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 रूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली का निशान लगाकर, मैं (आवेदनक) अपने सहयोगी को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, फोटो और विवरण इस रूप में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका" प्रमुख न्यासी, दान, वाचनालय दूसरे उद्देश्य से मुझे प्रतिनिधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे इंतजार के पड़ते या बाद से करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत हैं।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित हैं मुझे स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं बनाता। इस संबंध में "कोशिका" प्रमुख न्यासी का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)**

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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर और और से मापले/गोणी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किन्तु इस (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सार्वजनिक संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/न्यासी को लेने या ले रहे हैं, जैसे कि अपने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उक्त के समर्थन में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी आर्थिक/सकल हेतु प्रचुर की किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य रोगी सहायता संस्थान या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि आपसगत द्वितीय मंच उक्त रोगी/न्यासी हेतु किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थान से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्तगत द्वारा दी गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रखाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुख और अंगों को सही विचारों से रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिये संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

04/01/20

M.B.B.S., M.S. Ophthalmology
Reg. No. - 8802
Time..... Date.....

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

डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

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

नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामी हस्ताक्षर 2