

URN-C-20-01-0134

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika
Foundation
Building block of lifeAPPLICATION No.:
आवेदन संख्या:

U/0120/0947

APPLICATION DATE:
आवेदन तिथि

03-01-20

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम

Narayan Singh

AGE-YEARS आयु-वर्ष

65

SEX लिंग

M

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

Muniraj Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

Shri Rajaji EC Post, Sahyog Nagar

Dist - Bhanupuri, Rajasthan. 321001

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

Same as above



Pore of

Post of

(0947) Narayan
SinghOCCUPATION:
व्यवसाय

Labour

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न) NATOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय

35,000

PAN No. स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर शीत हैं (जो मान्य 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.	Parvati	57	F	wife
2.	Ravi	35	M	Son
3.	Sonu	31	M	Son
4.	Umesh	27	M	Son

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

BPL Card (Attach Card Copy) श्रीमती रक्षा 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 विनोद का उद्देश्य:Medical Reports/Prescriptions Attached
अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सुची संलग्न

Sr. No. क्रम संख्या	
1.	RE = FMS
2.	LE = FMS
3.	Sahyog - FMS

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिख गयी है?AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED
ली गई सहायता राशि

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	
1.	SCEH	

DECLARATION by APPLICANT: (अवेरक द्वारा घोषणा पर):

- 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 मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण झूठ कल्पित अथवा गलत है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो राशि मिलेगी, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस फॉर्म में परा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि निरा सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं है, उस राशि का अधिक या कम किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अवेरक द्वारा करार)

- 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 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली का छाप लगाकर, मैं (अवेरक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासे" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एम्प्लॉय, रान, प्रचलन/प्रसारण द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रश्न का निराकरण मेरे इरादों के पड़ने या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अवेरक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लॉय उसके न्यासियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अवेरक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान

(Signature)

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 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) This 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 भगवत/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य न स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उठा ली जाएगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/निर्णय उठा के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अधिकृत/स्वीकृत हेतु मंजूर की गयी है तो अल्पतः किसी अन्य स्रोत से सहायता संभव या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्वास्थ्य हेतु मदद उठा ली जाएगी हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेया/लेयी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से ले गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्ताक्षर द्वारा की गई सहमत या निवेदित गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव लेने एवं इलाज के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुझा और अपने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी पर सौंप दी जाती हैं और "कोशिका" को कोई भी प्रकार का जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Dr. Ashwini Kumar
M.B.B.S. M.S. Ophthalmology
Reg. No. - 66828
Time..... Date.....

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

04/01/20

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

डाक्टर का नाम व इलाका व दिनांक

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1

(Signature)

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2

(Signature)