

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

V/0120/0953

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

03-01-20

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Ram Mohan Sharma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

68

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/हस्ताक्षर का नाम

Ramswaroop Sharma

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

I-S-15, SFC Housing Colony

Distt - Bhavnagar, Rajasthan, 321001

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

Same as Above


 Brie of Post of
(0953) Ram Mohan
Sharma

OCCUPATION:

व्यवसाय

Unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

29,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न) NA

PAN No. स्वयं खाता संख्या

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

क्या आप आय कर दाता 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 सम्बंध
1.	Mona	57	F	Wife
2.	Anil	37	M	Son
3.	Vish	21	M	Son
4.	Shanti	24	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनंति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशम के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की हस्ताक्षर प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की हस्ताक्षर प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की हस्ताक्षर प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनंती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न
1.	RE - JMISC
	LE - JMISC
	Surgery - (LE) JMISC + JOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया को?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ती गई सहायता राशि
1.	SCHEP	

- 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 यहाँ पर बता रहा हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई क्लेमिंग एवं कथन गलत पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात का यकीन रखता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो राशि मिलेगी है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रार्थना में प्राप्त है।
- 3) मैं यहाँ पर बता रहा हूँ कि मैं अपने स्वास्थ्य हेतु यह प्रार्थना कर रहा हूँ, उस राशि का आंशिक या समस्त निशाना किसी अन्य स्त्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अभ्येक्षक द्वारा कथित)

- 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 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 प्रश्न पर अपने इलाका या अंग्रेजी की छाप लगाकर, मैं (अवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्याताओं" को अधिकृत करता हूँ कि ये नाम, फोटो, फांटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, राज, मानना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इलाके के पहले या बार में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या न्याता अधिकृत है।
- 2) मैं (अवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, फोटो और विवरण जो कि सहमत के उद्देश्य से घोषित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यातियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आपके पेट में हस्ताक्षर या अंगुलि का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कबूल)

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.

इसके अतिरिक्त, इसकाशी की ओर से आये/देये की "कॉलिका फाउन्डेशन" से विविध सहायता हेतु सिराहा की जाती है, जिसे हम (हस्तागत) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो संरक्षण और न ही परिष्कार में विविध सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रोत से उक्त ऐंगी/ममले में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से निषादित/निषादित उक्त के संस्था में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निर्मित आशिक/सफल हेतु मन्त्रु को किस जगह है जो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य समुदाय से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाते है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त ऐंगी/ममले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेता/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेती गई सहायता केवल विविध प्रकृति की है। ऐसी पर हस्तगत द्वारा दी गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का सुचारु ऐंगी एवं हस्तगत के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसलिए हमसकल में ऐसी के हस्तात सुलभ और आने जाने की पूरी जिम्मेदारी सेंट्रल एवं हस्तगत की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्थान

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

04/01/20

Reg. No - 66033

[Home](#)
[About Us](#)
[Contact Us](#)
[Privacy Policy](#)

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

राज्य का नाम व राजाधर व राजा न

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

नमः यः परं हस्तमिति अधिकृत अधिकारः

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायै तत्तात्पर्यम् ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यूजी डस्तावर २