

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Building blocks of life

APPLICATION No. : 1/0220/1212 APPLICATION DATE : 17-02-20

NAME of APPLICANT : Pappu AGE-YEARS : 51 SEX : M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : Mathura Das



PRESENT RESIDENCE ADDRESS : Baxai Jaghera, Baxai Jaghera

District - AHWA, O.P. 203115

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : Same as Above

File no (1212) Pappu

OCCUPATION : Farmer MARRIED (विवाहित) ; UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : 20500/- (Attach Proof of Income) : NA

PAN No. : ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant
1	Rani	46	F	Wife
2	Mathuraji	23	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof
-----------------------------	---	---------------------------	-----------------------

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

सहायता हेतु किने गये विनो की उद्देश्य:

Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached
	RE - IMSC
	LE - IMSC
	Surgery - (LE) SCS + JOL

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.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED
	SCFH	

DECLARATION by APPLICANT (अर्हक द्वारा बयान):

- 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 applicable, liable for suspension/termination.
- 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 provided to me.
- I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of any treatment, in part or in full, from any other source to use insurance company, or the amount of cost of this assistance is recovered.

- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रत्येक में दिए गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई गैरवास्तविक एवं काल्पनिक बयान प्रस्तुत है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मेरे द्वारा जो सहायता प्राप्त "उद्देश्य" का उद्देश्य है, उसका उपयोग इस उद्देश्य को पूर्णतः पूर्ण करने के लिए किया जाएगा। जो इस प्रत्येक में प्रस्तुत है।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने कभी कभी या भविष्य में किसी अन्य स्रोत से चिकित्सा या उपचार प्राप्त करने से नकार दिया है और न ही भविष्य में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्हक द्वारा सहमत):

I, By affixing my signature or thumb impression on this Form, (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/outlet/print/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 fulfillment of the "purpose" for which assistance is being requested.

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 final solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस पत्र या अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (अर्हक) अपना सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, चित्र और अन्य विवरण इस प्रकार में प्रकाशित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा नामी रूप, साक्षरणा द्वारा अर्हक से कुछ परिस्थितियों और उपलब्धियों को प्रेषित करने की प्रयत्न करना या प्रचारित करने के लिए अधिकृत है। ये सब का उपयोग मेरे उद्देश्य को पूरने या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या किसी अधिकृत है।

2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य के प्रेषित हैं उसे स्वतः सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" द्वारा उसके न्यायीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्हक का हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा सहमत):

By affixing hereunder signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept, following:

- 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. In the event that such assistance is granted by Koshika Foundation, if the requested assistance is not granted by Koshika Foundation, in part or in full, from 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.
- The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The advice of the physician/physicians advised/conducted by the Hospital on the patient, is based on the interaction 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.

हमारा अधिकृत, हस्ताक्षर को और से सम्बन्धित को "कोशिका फाउंडेशन" से विनिमय सहायता हेतु सिफारिश को नहीं है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।

1) यह कि न तो हमारा और न ही भविष्य में भविष्य सहायता किसी भी प्रकार से अर्हक या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने/पान करने में सक्षम है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/निर्णय उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" इस सहायता विनिमय सिफारिश/सहायता हेतु सन्तुष्ट नहीं किया जाता है तो अर्हक को किसी अन्य स्रोत सहायता या किसी अन्य सहायता से सहायता देने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अर्हक भविष्य में उक्त सहायता हेतु किसी भी प्रकार से अर्हक या किसी अन्य स्रोत से नहीं सहायता होगा।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से कोई भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृत की है। सभी पर हस्ताक्षर द्वारा ही यह स्पष्ट है कि हमें अपने उपचार/चिकित्सा का चुनाव होगा एवं हस्ताक्षर के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का हस्तक्षेप नहीं है। इसलिए हस्ताक्षर को ही उक्त सहायता सुरक्षा और आने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ एवं सम्बन्धित की होगी और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Dr. Priya Agrawal स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
अपरेशन की तारीख
20-09-20

M.B.B.S., M.S. Ophthalmology
Reg. No. - 58417

Date.....
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

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



FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामी हस्ताक्षर 2

[Signature]

[Signature]