

VRN - C-23-04-0216

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

(Healthcare)

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.

V/0423/0022

APPLICATION DATE

04/04/23

NAME of APPLICANT

आवेदक का नाम

Sughad Singh

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

70

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME

पिता/कन्या का नाम

Ratan Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

24, Pachavari, Pachavari, Mathura,

Distt. Mathura, U.P. 281308

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता

Same as above



PASTE PHOTO HERE

Preop

Postop

OCCUPATION :

व्यवसाय

Unemployed

TOTAL ANNUAL INCOME

कुल वार्षिक आय

\$2000/- (Family)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. स्थाई खाते 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 / न

✓

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.	Mahendri	67	F	wife
2.	Yashraj	33	M	son
3.	Narmada	30	F	Daughter in Law

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के निम्न विनाश आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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 प्रमाण
---	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल-डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE - Cataract
	LE - Cataract
	Surgery -  SICS - PMMA

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 लेई गई सहायता राशी
1	DBCS	2000/-

DECLARATION by APPLICANT, 40046 001 2000 03

- DECLARATION by APPLICANT, where applicable:
- 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 retraction/cancellation.
 - 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Kosinka 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 यहाँबतारहा हूँ कि इस प्रकार मैं निचले वर्ग के सभी शिक्षण में अत्युत्तम रूप से सही हूँ। यदि कोई शिक्षण एवं कठिन अध्ययन प्राप्त होता है तो मेरी छात्रावधि विस्तार की जा सकती है।
- 2) मैं इसी की छात्रावधि प्राप्त "कार्यिक" छात्रावधि" को भी जा रहा हूँ, इसका उपयोग उचित तरीके को करने के साथ किया जाएगा, जो इस प्रकार की बात बता रहा है।
- 3) मैं यहाँबतारहा हूँ कि मैंने कभीकभी इस की छात्रावधि की बात है। मैं इसकी को अतिरिक्त को कभीकभी किसी अन्य छात्रावधि/छात्रावधि/छात्रावधि से नहीं जा रहा हूँ और मैं ही छात्रावधि में जाता।

AGREEMENT by APPLICANT ☐ APPROVE ☐ DISAPPROVE

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/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 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 उत्तर देना होगा कि आपने क्या कारण दिए हैं कि आप "कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टियों" को आपका नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रश्न में प्रस्तुत है, उसे "कोशिका" संघ, समिति, दल, संस्थाएं दूसरे उद्देश्य में प्रेस, प्रसारणों और वितरणों के लिए किसी भी प्रकार उपयोग हो प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। का प्रश्न का विवरण या प्रश्न का प्रश्न या कोई भी कारण का लिए "कोशिका फाउंडेशन" व उसके अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात में सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य में प्रस्तुत है, प्रश्न, सहायता का प्रदान नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" संघ, समिति, दल, संस्थाएं और वितरणों का निर्णय अंतिम और अप्रत्यक्ष होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

SUBJECTS OF CONTRACT TO BE OPEN FOR BIDDING

AGREEMENT by HOSPITAL (FACILITY) (U)

इससे अधिकतर, इन्टरनेट को और से वापस लेनी को "पुनर्स्थापना काउन्सिल" से मिली। यह कहता है, जिस को (अपवाद) किन्तु इससे से वापस ले लोकाय को है।

- [illegible]

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

सबरीकुली के लिए संस्तुति

Date of Surgery
अपरेसन की तारीख

05/04/23

DR. SIMRAT CHANDI
MBBS, MS
DMC - 48540
(Name of Dr. & Regn. No.) Date Stamp
Time

(Name, Designation & Signature of Authorised Signatory
on behalf of the District)

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION 2017年 10月 28日

SIGNATURE of TRUSTEE 1
 नामी इस्ताथा ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
 नामी हस्ताक्षर 2

Ergebnis

212 E