

C12/07/0167

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No. आवेदन संख्या : A/0717/0292

APPLICATION DATE आवेदन तिथि 14/07/17

NAME of APPLICANT आवेदक का नाम SAWAI SINGH

AGE-YEARS आयु-वर्ष 55

SEX लिंग M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/हस्ता का नाम JANGHU SINGH

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

H.No. 4, Bilath, Teh. - Ransu, Dist. -

Alwar (Raj)

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

as above

OCCUPATION : व्यवसाय FARMER

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय 60,000

(Attach Proof of Income) (आप का साक्ष्य संलग्न) NA

PAN No. स्थाई खाता संख्या NA

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) हाँ (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 को साथ सम्बंध
(i)	मीना देवी	50	F	पत्नी
(ii)	रामकुमार	29	M	पुत्र
(iii)	जनकरी लाल	25	M	पुत्र

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय अथवा 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 विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Diagnosis — RE - TMSC LE - TMSC
2	Surgery — RE - Pharmacol

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किंगी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

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



PRE OP
0292

POST OP
SAWAI
SINGH

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 & original documents liable for rejection/cancellation.

7) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which it was requested by me.

2) 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, etc. for which this assistance is requested.

- 1) मैं अपना काम है कि इस प्रश्न में दिए गये सभी बिंदुओं को ध्यान से पढ़ना है। यदि कोई बिंदु स्पष्ट नहीं हो तो उसे पूछना चाहिए।
- 2) मैं इस बात पर ध्यान देता हूँ कि "कॉन्सिडरेशन" को ध्यान से पढ़ना है, इसका अर्थ है कि इसे ध्यान से पढ़ना है।
- 3) मैं यह भी ध्यान देता हूँ कि इस प्रश्न में दिए गये सभी बिंदुओं को ध्यान से पढ़ना है।

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/produce/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.

211 (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 Keshava Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

- १) इस प्रश्न पर अपने उत्तरों के अंतर्गत जो बातें लिखकर दी (आपदांक) अपनी सहायता की जा सकती है। यह "कौशिक" पाठ्यपुस्तक और उसके व्याख्या "का अभिप्राय" है कि वेद नाम, ऋषि और वेद विभाग इस प्रश्न में घोषित हैं। इसे "कौशिक" एक न्यायी, दण्ड, माचरूप दुसरे उद्देश्य में बुरी गतिविधियों और उपलब्धियों को निम्ने किसी भी प्रकार अध्याय से प्रस्तावित करने से निम्ने अपेक्षित है। ये प्रश्न का विचार भी इलाज की पहली या बार में करने को निम्ने "कौशिक" पाठ्यपुस्तक में व्याख्या अभिप्राय है।
- २) ये (आपदांक) इस बात से सहमत हैं कि वेद नाम, ऋषि, ऋषि और विभाग जो कि सहायता के उद्देश्यों में प्रेषित है मुझे स्पष्टः सहायता का हक्कार नहीं करता। इस सम्बंध में "कौशिक" एक न्यायी न्यायियों का निर्धारण अधिक और अध्यायों द्वारा।

અણ્વેદક નો પ્રસ્તાવના થા અંગે જે ના વિચાર

अकूटा प्रसाद
मनार् सिंह

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.

इसकी अधिकतम दृश्यता को जोर से समझनेवाले को "कोटिमा पञ्चदेवता" से विधिवे सहायता हेतु मित्रदेवता को जाता है, जिसे हम (हमसाल) स्थित जगत् से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1.) यह कि न तो संसमान और न ही पवित्र में किसी साक्ष्य किसी और साक्ष्यी संसमान या किसी अन्य स्त्रोत से उक्त ऐतिहास्य में लेने या ले गई है, जैसे कि हमने "कॉलिका फाउन्डेशन" से मित्रता/विपत्ति उक्त के संबंध में "कॉलिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यह "कॉलिका फाउन्डेशन" द्वारा साक्ष्य किसी और साक्ष्यी/संस्थान हेतु मदद नहीं किया जाता है तो संसमान किसी अन्य और साक्ष्यी संसमान या किसी अन्य संसमान से साक्ष्य लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि संसमान द्वारा मदद उक्त ऐतिहास्य हेतु किसी और साक्ष्यी संसमान या किसी अन्य साक्ष्य से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कॉलिका फाउन्डेशन" से लेने में साक्ष्यी संसमान किसी द्रष्टी को है। ऐसी पर हमला इस दो नई साक्ष्य या किसी तब उपचार/प्रक्रिया का पुनर्वाचन एवं हमला के बीच का विषय है और "कॉलिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायर नहीं है। इसी-वै हमला में ऐसी के द्वारा साक्ष्य और जाने जाने को सभी विधायी ऐसी एवं हमला को होने और "कॉलिका" को कोई प्रतिक्रिया या विधायी इस मामले में नहीं होने।

स्वीकृतो षो लिप संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

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

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION • भारतीय स्वयं सेवा

SIGNATURE of TRUSTEE 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

Erklärung

Self