

C1290/717

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

E/0717/0116

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

26/7/17

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Vidya.

AGE-YEARS आयु-वर्ष

60

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

Ompal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Village - Kurdi,

Tehsil - Baraut

District - Bagrahal,

Circuit - Badli

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

-na Chhove-

Preop
0116Postop
Vidya

OCCUPATION :

व्यवसाय

Farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

30000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

NA

PAN No. स्थाई आय 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

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	Sanjay	30	M	SON
2	Rajeev	25	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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 किसे नये किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	Diagnosis - PE - PP IE - IMCC
2.	Surgery - IE - Phaco + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया हो?

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

DECLARATION by APPLICANT: ज्ञातव्य द्वा प्रमाण पर:

- 1) मैं शोधक कहता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी बिबरन मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। और कोई बिबरन एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता बिबरन को ज्ञ संभव है।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्जतक इति वक्तु)

- 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन" और उसके त्रुस्तियों "को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में धोरित है, उसे "कोशिका" पत्रपु न्यासित, दार, साधन/या दूसरे माध्यम से मुझी जीवित/मृत और उत्पत्ति/मृत के तमने कितनी भी प्रसार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के चरने या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से मागनी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के माध्यम से अधिकृत है मुझे स्पष्ट: सहायता का हस्ताक्षर की बनाया। इस सम्बंध में "कोशिका" पत्रपु उसके त्रुस्तियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अथर्ववेद के इन्द्रावरुण या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा कबाल)

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

- (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.

हमारे अधिभूत, हस्तक्षेप की ओर से घबराते/रंगे की "कोशिका फलन्डेशन" से धिक्क सहायता हेतु लिफ्टरल की जाती है, जिस ॥ (इयतल) विन् प्रकल से धान्य व नदीकार कल है।

- 1) यह कि न तो संविधान और न ही पब्लिक में विविध सहायता किसी भी सरकारों संस्था या किसी अन्य संस्था से उठाए होगी/याएंगे। ये तब तक तो ठीक है, जैसे कि हमने “कोशिका फाउन्डेशन” से जिला/राज्य/देशी उठाए के संबंध में “कोशिका फाउन्डेशन” द्वारा मदद देनी कि है। यदि “कोशिका फाउन्डेशन” द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/समान देनी मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य भी सरकारों संस्था या किसी अन्य संस्थाओं से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस मूल्य में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद तथा सेवा/भाषाएँ देनी किसी भी सरकारों संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेगा/लेगी।
2. “कोशिका फाउन्डेशन” से ती गरी सहायता केवल विविध प्रवृत्ति की है। लोग पर इस्तेमाल द्वारा ही गरी सहायता या बिना गरी उपकरण/प्रक्रिया का तुल्य देनी एवं इस्तेमाल के बीच यह विषय है और “कोशिका फाउन्डेशन” द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए इस्तेमाल में लोग को इलाज मुफ्त। और अपने अपने की सारी जिम्मेदारियों लोग एवं इस्तेमाल की होगी और “कोशिका” को कोई भुजिका या जिम्मेदारियों इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संसूति

Date of Surgery
अपरेसन की तारीख

$$27 \mid 7 \mid 17$$

DR. WANGCHUK DORJA

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

RESEARCH CENTRE

~~NOT SHOWN SINCE 1992~~

DR. ABHISHEK B. DAGAR

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

1/31. Singen: Singen Offizieller, 2010.

Propertius, New Edition 11011

END-INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

Reg. No. - 51023

SIGNATURE of TRUSTEE 1
 नामी कर्ताव्य 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

सुप्रीम कोर्टाच्या निर्णयाने