

43107/0084

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation

Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

V/0717/0170

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

14/07/17

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Daman Singh

AGE-YEARS आयु-वर्ष

60

SEX लिंग

M.

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/सहोदर का नाम

Vrajdhan

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Vill- Nagla Mathuriya, Tehsil- Mahavan, Mathura

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION:

व्यवसाय

Farmer

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

- 18000

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न) NA

PAN No. स्थाई 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 लगावे।)

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 से संबंध
1	Bhagesh Chandra	50	F	wife
2	Sham	23	M	son
3	Chander	30	M	son
4	Chander	20	M	son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशन 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 किये गये बिमारी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/दवाखाना से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE- P.P
	LE- MSC
	Surgery - SICS with TOL (LE)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

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



Pre op Post op

(0170) Daman Singh

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.

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.

17. मैं जानना चाहता हूँ कि इस प्रश्नन में दिनेश शर्मा काही विषय में जानकारी को अनुसार प्राप्त एवं सही है। यदि कोई विषय एवं कथन असत्य प्राप्त जाता है तो मेरी महाशय विषय को ख खसकी।

2. यदि हम की भाषणा शक्ति "कौशिक कण्ठशैली" की लो लाग रही है, उसका उपयोग उम्मी उद्देश्य की पूर्ति में मिले बिना उपयोग, तो इस प्रकार में गलत गण्य है।

27. मैं पूर्णतः मानता हूँ कि जिस शास्त्रालय से मैं यह अभ्यास कर रहा हूँ, उस शास्त्र का अस्तित्व यह संभव है कि किसी अन्य शास्त्रालय/विश्वविद्यालय/विश्वविद्यालय से न हो गया हो और न ही भविष्य में होगा।

7) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post-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 in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रश्न का ज्ञान हमारे ज्ञान का अंगों की रूप लेता है, मैं (अपने) अपनी सत्ता की मुक्ति करता हूँ यह "कोविता चन्द्रोदय" और उसके भाषीयों "को अतिरिक्त करता हूँ कि मेरा नाम था, जो और को विचार इस प्रश्न में भीत है, उसे "कोविता" समझ ली, हम, यद्यपि द्वारा चन्द्रोदय से मुक्ति गतिविधियों में अतिरिक्तियों में विचार विचार भी प्रसार चक्रम की प्रसार करने में विचार अतिरिक्त है। यों प्रश्न का विचार यों प्रश्न के पहले का रूप से करने में विचार "कोविता चन्द्रोदय" व ज्ञानी अतिरिक्त है।

2) ये (शांतिदास) इस बात से सहमत हैं कि भैरव नाम, पद, मंत्रों और विधानों को कि सहायता के तद्विषयों से प्रदत्त है मुझे तथा; सहायता का प्रकार नहीं बदलता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एषम् तत्काले व्यवस्था का निर्णय अतिवृत्ति और सामान्यको होय।

आपने एक से अधिक बार हमें देखा होगा।

Dumbarton Giehl AG

By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation (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 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.

(*) यह कि न तो सर्वोच्च और न ही स्थिति में विधायक सम्मान के अधिकार हैं।

ये निष्पत्ति/निष्कर्ष उक्त में प्रत्यक्ष में "भौतिक फायनेंस" हुए गहरा होतु कि है। यदि "भौतिक फायनेंस" हुए सहायता विनीति अधिकाधिकत होतु पातुर तबो किया जात है जे सम्पत्ति किसी अन्य के सहकारी योग्य या किसी अन्य सम्पत्ति से सम्पत्ति होने का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस दृष्टि में गहरा कहा जात है कि सम्पत्ति विशेष गहरा उक्त रोजीमाले होतु किसी के सहकारी योग्य या किसी अन्य सम्पत्ति से नहीं लेता/लेती।

2. "कोशिका पादपोषण" से ही यह साधना संभव नहीं है। यहाँ पर हमारा ध्यान रहे कि हमें अपने व्यवहार-प्रणाली का सुधार लेनी एवं हमारा मन और विचार ही जो "कोशिका पादपोषण" द्वारा किसी प्रकार का कोई दवाय नही है। इसलिए हमारा मन लेनी जो अपने सुख और अपने जाने की सारी विनियोग लेनी एवं हमारा ही हमी और "कोशिका" को कोई सुख का विनियोग इस भावने में नहीं होनी।

स्वीकृती के लिए संस्थिति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

15/07/17

Dr. Asthwin Kumar
BBS MS FICO

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




(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
सम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

असली इलाहाबाद ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

अथवा प्रत्यक्ष १