

11/07/2024

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building Block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

V/0617/0213

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

31/07/2024

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Shankar Lal

AGE-YEARS आयु-वर्ष

55

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कटुम्ब का नाम

Sho-Rashan Lal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Vill - Lalpur, Post - Benwar, Dist - Aligarh
U.P. 202145.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

Same as above



Pratap Pratap

(0213) Shankar Lal

OCCUPATION :

व्यवसाय

Labour

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

18000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न) NA

PAN No. स्पष्टीकरण 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 / 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	Sunder		F	Wife
2	Rashan		M	Son
3	Ramji		M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये निम्न आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेटा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EW'S Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विवरण का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अवस्थापन/दवाइयों से जुड़ी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RP - RP
	IR - M.S.C
	Surgery - Sica with IOL (LE)

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 ही गई सहायता राशि
1.	SCFH	

DECLARATION by APPLICANT: **ਅਰੰਘ ਸ਼ੁੱਧ ਸੰਕਲਪ ਪਾ.**

- 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 rejection/cancellation.
- 2) 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 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 यहाँ पर कबट्टा हूँ कि इस प्रस्ताव में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी परामर्श प्राप्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस पर यहाँ पर कबट्टा हूँ कि "कमिशन फॉर एजुकेशन", से रही जा रही है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्यों की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रस्ताव में उल्लेख किया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कबट्टा हूँ कि मैं समाप्त होने पर उचित की नहीं है, उस राशि का अधिक या समस्त विवरण किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (SEEKING DO WORK)

- 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/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 उत्तर इसलिए या अपने को जान संभव है, मैं (अर्हक) अपनी जानकारी की कुछ बातें हैं एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में शामिल है, इसे "कोशिका" द्वारा न्यायी, दान, समर्थन/सहाय्य के माध्यम से जुड़ी परिस्थितियों और उपस्थितियों के लिए किसी भी तरह मध्यम से प्रचारित करने के लिए अधिकृत है। ये प्रश्न का विवरण मेरे स्वतंत्र के चरों पर भरोसे करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहाय्य के उद्देश्यों से शामिल है कुछ अलग: साक्षात्कार या इत्यादि नहीं बनता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उसकी न्यायियों का निर्णय अंतिम और अप्रत्यक्ष होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आर्चनदेव की हाताक्षरा से अंगुलि का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (병원장인 조인 확인)

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:

- 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.

इससे स्पष्ट है, इसकाही की ओर से संपादकी को "कठिना काय-देना" से विविध सहायता हेतु लिखाई को जारी है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

2. "कॉलिका फायनेंस" में ही यह सलाह संभव दिखित प्रकृति की है। ऐसी का कारणता इस से यह संभव है किने एवं उपकरण/प्रक्रिया का चुनाव ऐसी एवं कारणता से बीच का विषय है और "कॉलिका फायनेंस" इस किने प्रकार का कोई दायता नहीं है। इसीलिए कारणता में ऐसी के कारणता सुलभ और अने कार्य की यही विनिर्देश ऐसी एवं कारणता को होनी और "कॉलिका" को कोई सुलभता या विनिर्देशों इस कारणता में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

संघीयता के लिए संरक्षित

Date of Surgery
रुग्नेदार को ज्ञात

03/08/07

Dr. Ashwini Kumar
MBBS, MS, FICO
Reg. No. 68028
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डाक्टर का नाम व रेगन नं. के साथ स्टैम्प

Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION भारतीय ज्ञान कोष

SIGNATURE of TRUSTEE 1

म्याली इलाका :

Erklärung

SIGNATURE of TRUSTEE 2

ज्यासी इन्साब २

1228