

C17/08/0006

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

V/0817/0219

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

02/08/2017

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Premvati

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

50

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/सहोदर का नाम

S/o - Man Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

vill - Mahanand chhikada, Tehsil - Manot
Distt - Mathura, UP 281209

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

Same as above



PASTE PHOTO HERE

Pre op Post op

(0219) Premvati

OCCUPATION:

व्यवसाय

House wife

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

NA

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न करें)

NA

PAN No. टैक्स 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 लगाएं)

Yes / No

हां / नहीं

✓

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध
1	Pam Singh	53	M	husband
2	Ashwin	28	M	Son
3	Ajay	22	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) एटीबी कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में प्रस्तुत करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एयस एयस सी प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में प्रस्तुत करें)	Ration Card (Attach Copy) आपूर्तिकर्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ में प्रस्तुत करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे गये निम्नलिखित कारण दर्शाएं:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/दवाखाने से जारी की गई प्रतिवेदन भूतल संलग्न
	RE - TMS
	LE - TMS
	Surgery - SCS with IOL (LE)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली जा रही है?

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

DECLARATION by APPLICANT: सर्वेष्टे प्रु तंनम वः

- 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 सच है कि इस प्रश्न में दिए गए सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच नहीं माना जाय तो उसे मेरी सहमति प्राप्त होना आवश्यक है।
- 2) मैं यहाँ पर यथापत्ति "कीटिका फाउंडेशन", से सहायता ली है, इसका उपयोग उक्त उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में सच माना है।
- 3) मैं यहाँ पर सच है कि मैं इस सहायता से न तो किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो किसी भी और न ही किसी भी स्रोत।

AGREEMENT by APPLICANT (SEE PAGE TWO) _____

- 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/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 फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठी की छाप लगाकर, मैं (अर्पणकर्ता) अपनी जानकारी की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके 'व्यक्ति'" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और कोई विवरण इस फॉर्म में प्रेषित है, इसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, पत्र, साप्ताहिक पत्रों वद्वारा या अन्य माध्यमों द्वारा वितरित करने के लिए उपयोग करेगा। मैं इस फॉर्म पर दिए गए सभी जानकारी को अपने निजी या पेशेवर जीवन से संबंधित करने के लिए अधिकृत है। मैं इस फॉर्म पर दिए गए सभी जानकारी को प्रकाशित करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से निजी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्पणकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हक्क नहीं करता। इस मामले में "कोशिका" द्वारा दत्त व्यक्तियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आवेदक की इच्छाया या अंग्रेजी का विचार



AGREEMENT by HOSPITAL. (EXHIBIT 215, 216A)

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:

- 23) 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 its 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.
- 23) 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकांश, इसका अर्थ है और वे समझते हैं कि "कोई भी नहीं जानता" से विभिन्न साक्ष्य है। विभिन्न साक्ष्य है, जिसे हम (इसका अर्थ है) विभिन्न प्रकार से मान्य व प्रमाणित करते हैं।

1. यह कि न तो संविधान और न ही परिषद में विधिपत्र प्रकाशित किये गये आकाशी संभव या किसी अन्य सूत्र से उक्त घोषणापत्रों में होने या न होने है, जैसे कि अपने "कोशिका फाउन्डेशन" में विनियमित/विधिपत्र उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा उद्धृत हेतु कि है। फिर "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रकाशित विधिपत्र अधिकांशतः हेतु अनुसार जारी किया जाता है तो आकाशिक किसी अन्य के आकाशी संभव या किसी अन्य सम्पादन से अलग है। यह अधिकांश सुविधा प्रकाश है। इस पृष्ठ में उद्धृत करा जाता है कि आकाशिक द्वितीय चरण, उक्त घोषणापत्रों हेतु किताबी और आकाशी संभव या किसी अन्य सूत्र से जारी होकर/लेता।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही यह सूत्रावली संभव विधिपत्र प्रकृति की है। ऐसा या इत्यादि द्वारा ही यह सूत्रावली या विधिपत्र के उपबन्ध/प्रक्रिया का सुचारु लेने एवं हस्तगत के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दस्तावेज जारी है। इसविषय हस्तगत में ऐसे के इत्यादि सूत्रावली और अपने जाने की जारी विधिपत्रों लेती एवं हस्तगत की होती और "कोशिका" को कोई सूत्रावली या विधिपत्रों द्वारा सम्पन्न में जारी होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

रबीन्धुजी के लिए संस्कृति

Date of Surgery अंशोपना को करीब 03/08/07	 Dr. Ashwini Kumar MBBS, MS, FICO Reg. No. 66028 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)	  (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION भारतीय जनता पार्टी

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
	