

C17/06/0247

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building block of life

APPLICATION No.:

अवेदन संख्या

V/0817/0227

APPLICATION DATE:

अवेदन तिथि

04/08/017

NAME of APPLICANT:

अवेदनकर्ता का नाम

Rasan Lal

AGE-YEARS आयु-वर्ष

75

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पति का नाम

S/o - Dhani Ram

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवासस्थान पता

Vill + Po - Neam Wari, Block - Kawa, Distt - Mathura
UP, 281101

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवासस्थान पता

Same as above



Pre op Postop

(0227) Rasan Lal

OCCUPATION:

विवरण

Farmer

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

20000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

FAMILY: क्या संबंध

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

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 अवेदनकर्ता के साथ संबंध
1	Kawati Devi	70	F	Wife
2	Haran Lal	40	M	Son
3	Kadhai Rham	35	M	Son
4	Rukhy	20	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए निम्न आधार

BPL Card (Attach Card Copy) सहायता हेतु के तहत प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ प्रि संलग्न करें)	EW'S Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ प्रि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोगिका कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ प्रि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये निम्न का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE - FMSC
	LE - PP
	Surgery - Sica with Fol (RE)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

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

DECLARATION by APPLICANT: **अभिषेक कुमार शर्मा**

- 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 कतार दूँ कि इस प्रत्यय में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी अर्जागत सहाय की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर कतार दूँ कि "कौशलिक प्रशिक्षण", से जो मैं जा रही हूँ, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों की पूर्ति में मिले किन्तु अन्यथा, इस प्रत्यय में पाया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कतार दूँ कि मैं इस सहायता से न ही किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ही किसी और न ही प्रत्यय में लूँगी।

AGREEMENT by APPLICANT (signature and word)

- 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/republish 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 प्रकार या अपने हस्ताक्षर या मुद्रा छापकर, मैं (अर्हक) अपनी भावनाओं को प्रकट करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकार में प्रेषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायी, चार, साधक/चर द्वारा उपयोग में लाने की पूर्ण अधिकारिता और वितरकों को इसे किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने को लिए अधिकृत है। ये प्रकार का विवरण मेरे हस्ताक्षरों या मुद्रा से करने को लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि वे नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वयं: सहायता का हक्कदार नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवम् वितरकों का निर्णय अंतिम और सार्वभौमिक होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

આવેદન બે દિવસના પાંચ અંગેના નિર્ણય

21217

AGREEMENT by HOSPITAL. (FISH 570 800)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Keshika 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 अधिकतर, इसका अर्थ है कि वे अपने-आप को "कॉलेज का छात्र" के रूप में देखते हैं, जिसे हम (इसका मतलब) कि वे अपने-आप को अपने-आप के रूप में देखते हैं।

1. यह कि न तो कॉलेज और न ही अधिकांश में शिक्षण छात्रावास किछो पैर छात्राग्री संरचना या किसी अन्य प्रकार से उका संवेगभराले से होने या ले रहे हैं, बल्कि इनमें "कॉलेज काउन्सिल" से नियंत्रित/निगराणि रकत से सम्बन्ध में "कॉलेज काउन्सिल" द्वारा मरद हेतु कि है। यह "कॉलेज काउन्सिल" द्वारा शासक निर्दिष्ट अधिकारवाकत हेतु कानून की किछ जगत है जो अत्यन्त किछी अन्य पैर छात्राग्री संरचना या किसी अन्य संरचना में सम्मिलित होने का अधिकार सुनिश्चित करता है। इस पृष्ठ में अन्य कहा जाता है कि अत्यन्त शिक्षण मरद, उका संवेगभराले हेतु किछो पैर छात्राग्री संरचना या किसी अन्य संरचना से नहीं लेक/लेती।
2. "कॉलेज काउन्सिल" में ही नई शासक संरचना निर्दिष्ट प्रकृति की है। ऐसी या शासक द्वारा ही नई शासक या किछे नये शासक/प्रक्रिया का प्रचलन होने, एवं शासक से नीच का विचार है और "कॉलेज काउन्सिल" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रचलन नहीं है। इसलिये शासक में ऐसी के शासक सुलत और अन्य बातों की वली नियन्त्रणी ऐसी एवं शासक को होने और "कॉलेज" की कोई प्रकृति या नियन्त्रणी द्वारा शासक में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

संयोजकता के लिए संरचना

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 05/08/17	Name Dr. Ashwini Kumar MBBS MS FICO Reg. No. 66028 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर सहित	 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर सहित
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 गुणती इनामदार 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 गुणती इनामदार 2
	