

C17/08/0034

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

V/0817/0230

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

04/08/17

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Omvir

AGE-YEARS उम्र-वर्ष

50

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कटुण का नाम

Jagran

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

VPII - Neeragran, Dist - Mathura

U.P. 281204

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता

Same as above

OCCUPATION:

व्यवसाय

Farmer

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

18000/-

(Attach Proof of Income)

(आप का आय प्रमाण)

NA

PAN No. स्पष्ट खाल में भरें

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर तिकी 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	Laxmi	43	F	Wife
2	Saham	21	M	Son
3	Kamal	13	F	Daughter
4	Kali	13	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए चिन्हित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) सही रीति में चिह्नित करें (प्रमाण पत्र को साथ में जोड़ दें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में जोड़ दें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ में जोड़ दें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये निम्नी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE - PR
	IF - TMS
	Surgery - SCS with IOL (RE)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

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

- 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 प्रयोग करता हूँ कि इस प्रक्रम में दिने गये सभी विचारों में असम्यक्ताई के अनुसार प्राप्त एवं सही है। यदि कोई विचार एवं कथन सत्यता प्राप्त करता है तो मेरी सहायता निम्न की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता प्रति "कोशिका सापेक्षता", से ही जा रही है, उसका उपयोग सभी प्रकार की चीजों में करने विचार लयप्रै, जो इस प्रक्रम में प्राप्त नहीं है।
- 3) मैं पुनः करता हूँ कि जिस सहायता से मैं सहायता की गई है, उस चीज का अधिक या कमाल विचार किसी अन्य कोशिका/विचार/कथन/कल्पना से न ले लिया है और वही प्रयोग में लिया

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 fulfilment 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 Koshiba Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या ओपेन बी स्तर सहायक, वी (अनदेख) अपनी सहाय्य की पुष्टि करता है एवं "कॉलिका कार्डेनस और उसकी यात्री" को अधिभूत करता है कि येय नाम, पता, फोटो और को किरण इस प्रश्न में धरित है, उसे "कॉलिका" एचए ज्योती, राय, याचक/का द्वारा उद्घरण में जुड़ी कॉलिकेनरी और उपस्थितियों को लिखे किसी भी प्रकार सम्पन्न से इस्तेमाल करने को लिए अधिभूत है। ये प्रश्न का विधान में इसका को पत्रों पर कर से करने को लिए "कॉलिका कार्डेनस" का ज्योती अधिभूत है।
- 2) वी (अनदेख) इस बात से सहमत है कि येय नाम, पता, फोटो और किरण को कि सहायक को उद्घरणों से अधिभूत है मुझे भला: सहायक को सहायक नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कॉलिका" एचए इसकी स्थिति का लिखे अधिभूत और सम्पन्न/का प्रोग।

આવેદનકર્તા એ કમલદાસના પાંચ અંગ્રેજીના નિબંધ

डॉ. म. चौर

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

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

इसी संविधान, इसकाही को अंत में समझने के लिए को "कोई एक भाषा-कोश" से विचार साधना हेतु विचारों को जारी है, जिसे हम (हमारे) जिने प्रकाश से अंत में अंतर्गत करते हैं।

- [illegible]

2. "बोसिका फायदेमल" से ही यह साबित होना सिद्ध प्रकृति की है। ऐसी वा वापसता इस से यह साबित हो किने गये उपकारप्रतिष्ठा का पुनः लेने, एवं हमसल से बीच का बिचन है और "बोसिका फायदेमल" इस किने प्रकाश का बोझ रखा जा है। इसलिने हमसल में ऐसी के इलाक मुक्त और जाने जाने की सारी बिममेदी ऐसी एवं हमसल को छोटी और "बोसिका" की बोझ बुझा या बिममेदी इस साबित में यही होती।

सर्वोच्च को लिए संरक्षित

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

05/08/07

Dr. Ashwini Kumar
MBBS, MS, FICO
Reg. No. 56028
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
मुख्य चिकित्सक/हॉस्पिटल अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायः प्रजापतेः ।

Ergebnis

SIGNATURE of TRUSTEE 2

प्राप्त करेगा।

2020