

C17008/0031

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

V/0017/0239

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

04/08/22

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Munshi Khan

AGE-YEARS आयु-वर्ष

60

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

Ajmera Khan

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Vill - Neemaon, Post - Neemaon, Tal - Mautdara
Raza, Dist - Mathura, U.P., 201204.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

Same as above



Pre op Post op

(0239) Munshi Khan

OCCUPATION:

व्यवसाय

Lohan

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

NA

(Attach Proof of income)

(आय का सबूत संलग्न) NA

PAN No. पैन 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 सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1	Kehema	56	F	wife
2	Amul	35	M	son
3	Sohil	33	M	son
4	Keena	30	F	Daughter
5	Anwar	29	M	son
6	Tarud	20	M	son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए किसी आधार

BPL Card

(Attach Card Copy)

सटीको रेशा 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)

उपरोक्त कार्ड
(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)

Any Other

Basis/Proof

अन्य कोई सबूत

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे मने विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RF - TMC
	RF - RP
	Surgery - SCS with MRE

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 ली गई सहायता राशि
1.	SCCH	

DECLARATION by APPLICANT: **ਅੰਮ੍ਰਿਤ ਸਿੰਘ ਧੌਲਾ**

- 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 कबल यह कह रहा हूँ 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 सहायता प्राप्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात पर यथास्थिति "कोशिका फाउण्डेशन", से सही जा रही हूँ, इसका उपयोग उद्देश्य उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रत्यय में प्राप्त किया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कबल यह कह रहा हूँ कि मैं इस सहायता से न तो किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो किसी भी और वही पध्तिन से सहायता

AGREEMENT by APPLICANT (आईएफ डी फॉर्म)

- 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/upload/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 is in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न का उत्तर इस प्रकार या अन्य किसी भी रूप में देना, मैं (अर्थात्) अपनी सहमति को पूर्ण करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके 'प्रायोजन' " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वह विवरण इस प्रश्न में उल्लिखित है, उसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, दूर, यात्राकर्ता द्वारा दूरदर्शन से बुद्धि यंत्रों/वीडियो और वक्ताओं के तंत्रों द्वारा भी प्रसारित करने से शिर अधिकृत है। ये प्रश्न का विवरण में इस प्रकार के पत्रों या अन्य वे करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से प्रार्थना अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्थात्) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है पूर्ण अर्थात्: सहायता का इच्छा नहीं करता। इस प्रश्न में "कोशिका" द्वारा उक्त उक्त उक्तों का निर्माण अधिकृत और सहायता प्रदान की जायेगी।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आर्सेनिक से कपड़ों का रंग १००० से १०० मिलियन



AGREEMENT by HOSPITAL (KHOSH DO SHU)

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:

- 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.

इससे अधिकतर, इसकाही की ओर से सफलताएँ की "कठिना काउन्सिल" से विविध सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे इन (इसकाही) विभिन्न प्रकार से अन्य व अधिकार वाले है।

- [illegible]

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीडिश के लिए संस्कृति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

05/08/07

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

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on Behalf of Hospital)
डॉ. ए. ए. ए. अस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी ब्रह्मचर्य ।

Erklärung

SIGNATURE of TRUSTEE 2

प्राप्ति २

10/2/8