

C17/08/0054

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

V/0817/0245

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

9/8/17

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Aman Singh

AGE-YEARS आयु-वर्ष

66

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कन्या का नाम

S/o - Vda Ram

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता

VPII- Anarha - Post - Anarha - Dist - Mathura.
U.P. - 281308

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

Same as above



Preop Postop

(0245) Aman Singh

OCCUPATION :

व्यवसाय

Farmer

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

25000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न)

NA

PAN No. स्थाई खाता संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू 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 सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1	Hardev	55	F	Wife
2	Roshan	32	M	Son
3	Hemam	30	M	Son
4	Urmita	25	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये निम्न आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साधन
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे एवं किसका उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RF- IMSC
	IF- IMSC
	Surgery - Sica with Tel (RE)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिय गयी है?

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

DECLARATION by APPLICANT: **सत्यमेव जयते**

- 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 शोधना करता हूँ कि इस प्रश्न के लिए यह सही विचारन में अन्तर्गत है। यदि कोई विचारन यह माना जाय कि यह सही विचारन में है।

2) येी द्वाय भे सहायता यति "कॉरिशन फायन्डेस", से सीी जा सीी है, वरन्का उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रमाण में स्पष्ट स्पष्ट है।

3) ये धुनि बताते हैं कि किस सभागत हेतु वह प्रयोग की गई है, उस धुनि का अधिकतम न समस्त विस्मय किसी अन्य छोटे-मोटे कार्य/कार्यक्रम/अनुप्रास से न ले लिया है और न ही यथित में लिया।

AGREEMENT by APPLICANT (attach to work)

- 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/put-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 is this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रश्न का उत्तर इसप्रकार या अर्थात् की जाए सहायक, मैं (आलेखक) अपनी सहायि की पुष्टि करता हूँ कि "कोलिका काउंटिंग और उसके व्यक्तियों" को अधिकृत बना है कि वे सार, चर, चर्चा और जो विचार इस प्रश्न में प्रेषित हैं, उसे "कोलिका" दायर ज्ञाती, सार, सारप्रकार द्वारा उद्देश्य में जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को जिन किस्मों में प्रसार प्रसार में इनकी सार को लिए अधिकृत है। मैं इस का विचार भी इसका को सार या सार में सार को लिए "कोलिका काउंटिंग" व अन्य अधिकृत है।

2) मैं (अपेक्षक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फ़ोन और विवरण को बिना मेरे सहमति के उपयोग में नहीं लाया जाएगा या इसका कोई भी उपयोग नहीं किया जाएगा। इस सम्झौते में "अधिकारी" शब्द उसी व्यक्ति का निर्दिष्ट अधिकारी और सहकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आपके कर्म के अनुसार यह फल मिलेगा।



AGREEMENT by HOSPITAL (KIRURG DE 870)

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:

- 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.

हमारे अभियुक्त, इराक़ी के ओर से चणाल/देरी के "कोरिन्थ वाइन्डेल" से विविध साक्ष्य हेतु विचारिता को जारी है, जिसे हम (इराक़ल) फिर प्रचार में मान्य व स्वीकार करेंगे है।

1) यह कि न तो सर्वजन जैसा न ही सर्वविध में विविध सामान्य किन्तु नैराशकारी संभव या किसी अन्य स्वरूप से उनका स्वेच्छमनसे ही होने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "अमेरिका फायरिंग" से विपरीत/विशिष्ट उनका ही सम्बन्ध है "अमेरिका फायरिंग" द्वारा स्पष्ट हेतु कि है। यदि "अमेरिका फायरिंग" द्वारा सारागत विविध सर्वजन/सकल हेतु समुदाय की किया जाता है तो सम्भवतः किसी अन्य नैराशकारी संभव या किसी अन्य सम्बन्ध से सम्भवतः लेने का अतिशय सुनिश्चित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि सम्भवतः द्वितीय चरण, उनका स्वेच्छमनसे हेतु किसी नैराशकारी संभव या किसी अन्य सामान्य से जारी स्वेच्छमनसे।

2. "कॉमिक्स पाठ्यपुस्तक" में दी गई संज्ञाओं को एक निश्चित प्रकृति की है। ऐसी सा सामग्री इस दी गई संज्ञा या चित्र में उपलब्धता का सुनिश्च देती है। इसमें संज्ञा का विवरण है और "कॉमिक्स पाठ्यपुस्तक" इस निम्नी प्रकार का चर्चा करता है। इसमें इसमें से लेने में इसमें सुनिश्च और करने को लेने में निम्नलिखित लेने में इसमें से लेने और "कॉमिक्स" को चर्चा करता है निम्नलिखित इस प्रकार में लेने को लेने।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संसदीय

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

अभिमान को छोड़िए

10/8/12

Dr. Ashwini Kumar
MBBS-MD-FICO
Reg. No. 08028
(Name of Dr. & Regn. No. With Stamp)

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
डॉ. व. ग. इमरालद अमिनाल अमिनाल

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

प्राचीन भारत १

Exempel

SIGNATURE of TRUSTEE 2

जयश्री गणेशाय नमः

10/11/18