

C17/08/0049

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

V/0817/0246

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

09/08/017

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

OmVati Devi

AGE-YEARS आयु-वर्ष

60

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/हस्ता का नाम

S/o - Narayan Das

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Vill - Khanchia, Post - Indawari,

Dist - Bhagalpur, D.P. - 204213.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

Same as above



Prcep Postop

(0246) OmVati Devi

OCCUPATION :

व्यवसाय

House wife

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

NA

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न)

NA

PAN No. सॉफ्ट कॉपी 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 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.	Sulcharam	60	M	Husband
2.	Mukesh	40	M	Son
3.	Dinesh	38	M	Son
4.	Sahil	36	M	Daughter
5.	Manya	34	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये निम्न आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रवि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रवि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रवि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	--	---

"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
	KE - FP
	LE - INSC
	Surgery - SICS with Pci (LE)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

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

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 शोधन करता हूँ कि इस प्रश्न में दिए गए सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं/अथवा तथ्य सत्य नहीं है तो मैं भी संशयित विवरण को नहीं सही करूँ।
- 2) मैं इस ओर ध्यान देता हूँ कि "कॉमिशनर ऑफ़ प्रोटेक्शन ऑफ़ कॉन्स्यूमर्स" से ही यह सही है, इसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जायेगा, जो इस प्रश्न में माग किया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि निम्न धाराओं के तहत प्रत्येक को यह है, यह सही या गलत या अज्ञात विवरण किसी अन्य कोटिगिरीक/कोटिगिरीक के तहत से नहीं लिया है और मैं इस धाराओं में नहीं।

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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.

21 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 प्रश्न का उत्तर हस्ताक्षर या ओपरी की सहायता से, (अंग्रेज़क) अंग्रेजी सहायता की मुद्रा का है। इस "कोशिका काउंटिंग और उसके ग्राफ़िन्ग" को अंग्रेज़क का है कि यह सच, सच, सच और जो विचार इस प्रश्न में प्रेषित है, उसे "कोशिका" दृष्टि ग्राफ़िन्ग, सच, सहायता का दृष्टि ग्राफ़िन्ग से मुद्रा ग्राफ़िन्ग और ग्राफ़िन्ग को सच सच की सहायता से प्रेषित करने के लिए अंग्रेज़क है। ये प्रश्न का विचार ये प्रश्न के सच या सच के सच के लिए "कोशिका काउंटिंग" व ग्राफ़िन्ग अंग्रेज़क है।
- 2) ये (अंग्रेज़क) इस सच में सहायता है कि सच सच, सच, सच और विचार को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुद्रा सच: सहायता का सहायता की सहायता इस सहायता में "कोशिका" दृष्टि सच ग्राफ़िन्ग का सच सच और सहायता सच।

आवेदक से दृष्टान्त या अंगुली का निशान



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:

- 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 अभिप्राय, इसलवाही की ओर से भगवत्प्रेमियों को "कठिना काट-पेटन" से विविध साधन उद्गु निरूपित की जाती है, जिसे हम (हमसाल) विभिन्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- [illegible]

2. "बौद्धिक सम्पदा" से ही वह सम्पदा केवल विधि प्रकृति की है। ऐसी वा सम्पदा इस की वह मान्यता कि इसे सब उपकारप्रतिष्ठा का मुख्य स्रोत, एवं सम्पदा को बीच का विषय है और "बौद्धिक सम्पदा" इस किसी प्रकार का कोई दायता नहीं है। इससे सम्पदा में से ही सम्पदा प्राप्त और उसे जाने की सारी सम्पदा से ही सम्पदा को जाने और "बौद्धिक" को कोई सम्पदा या सम्पदा ही सम्पदा में ही सम्पदा।

एम्प्लेजुलि के लिए संरक्षण

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

10/8/12

Dr. Ashwini Kumar
MBBS, MS, FICO
Reg. No. 65028
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

(Name of Dt. & Regn. No. with Stamp)
 राज्य का नाम व राजकीय संकेत :-

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

यान. व. प्र. इत्येकत्र अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

 नामी हस्ताक्षर 1

Erklärung

SIGNATURE of TRUSTEE 2
DATE TRUST 2

John F.