

C17/08/0037

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

V/0817/0255

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

10/08/017

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Ram Devi

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

80

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/सहोदर का नाम

Kanhayalal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता

vill- Kanaiya, madha Bhai Tusti- Hathras
UP. 201307

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवास पता

Same as above



Preop Postop

(0255) Ram Devi

OCCUPATION :

व्यवसाय

House wife

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

NA

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें) NA

PAN No. स्थायी खाता 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 लगाएं)

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 संबंध
1	Shankar Lal	75	M	Relative
2	Rajan Lal	50	M	Son
3	Suman Sander	35	M	Son
4	Kulima	18	F	Daughter
5	Sumala	40	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए निम्न आधार

BPL Card (Attach Card Copy) यदि कोई रेशन के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में प्रस्तुत करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में प्रस्तुत करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्त्य कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ में प्रस्तुत करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे मने निम्न का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रमाणित सूची संलग्न
	RE - TMSC
	LE - TMSC
	Surgery - (RE) Sica with TOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त क्या हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED और यह सहायता कितनी
1	SCEH	

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 भोजपत्र कागज हूँ कि इस प्रकाश से दिने गये अभी विचारण मेरी चककती के अनुसार साथ पूर्व सही है। यदि कोई विचारण पूर्व कथन असाध्य पाछा जाता है तो मेरी सहायक रिशत की या सचकी है।
- 2) मेरी छुट जो असाध्य यहाँ "कोशिका फायरटेल", से ही या रही है, उसका उपयोग यहाँ उद्देश की पूर्ति के तिले किया जायेगा, जो इस प्रकाश में पाया गया है।
- 3) मैं भोजपत्र कागज हूँ कि जिस असाध्य सेट पर प्रयोग की गई है, उस यहाँ या अधिक या सफल दिशा किसी अन्य कोशिका/कोशिका/कोशिका/कोशिका के न तो रिशत है और न ही प्रयोग में लीया।

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

1) इस प्रश्न पर अपने उत्तरों या जवाबों की जाँच-पड़ताल करें (आपका) अपनी मसौदा की जाँच करना है। यह "कॉलिका काउन्सिल और उनके पत्राचार" को अधिकृत करता है कि वे आप, आप, पत्रों और जो विचार इस प्रश्न में प्रकट हैं, जो "कॉलिका" द्वारा जारी हैं, आप, आपका नाम और पता को जारी रखेंगे और आपकी ओर से जारी पत्रों को जारी रखेंगे। आप, आपका नाम और पता को जारी रखेंगे और आपकी ओर से जारी पत्रों को जारी रखेंगे।

(23) श्री (अनंददास) इस बात से सहमत हैं कि वेध, धन, फले और विचारण जो कि साधना के उद्देश्यों से प्रेरित हैं उन्हें स्वतः साधना का बंधन नहीं बनाता। इस संबंध में "कोटिस्त" ब्रह्म उपासक साधकों का निर्णय अंतिम और मान्यकारी होगा।

जलवेधन के दायित्व पर अंग्रेजों का नियंत्रण



By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hoschar) 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 its right to make up the shortfall from another NGO or any other source. This declaration absolutely 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 अतिक्रान्त, इलाखारी की ओर से सफलतापूर्वक को "कोशिका प्रयास" से विविध सहायता हेतु विचारित की जाती है, जिसे हम (इलाखारी) विभिन्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

13. यह कि न तो संविधान और न ही यह अधिनियम में किसी सार्वजनिक किलो गैर आवासीय संस्था या किसी अन्य स्थान से जमा लेनी-पावली में रशि या ले रई है, जैसे कि इनमें "कोलिका काउन्टी" से गिरफ्तार/विपक्षित जमा से सम्बंध में "कोलिका काउन्टी" द्वारा गहर हेतु कि है। यदि "कोलिका काउन्टी" द्वारा सार्वजनिक विपक्षित/अतिरिक्तकत हेतु मन्तु नही किया जाता है तो सार्वजनिक किसी अन्य गैर आवासीय संस्था या किसी अन्य सम्बंधन से सार्वजनिक लेने का अधिनियम सुविधित रहता है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सार्वजनिक द्वितीय मदर, जका लेनी-पावली हेतु किसी गैर आवासीय संस्था या किसी अन्य स्थान से नही लेना/लेनी।

2. "कॉलिका फायरहेड्स" से ही यह साबित होता दिखता प्रतीत हो रहा है। टीवी पर हमारा इस टीवी का सातवां या कितने वर्षों तक कार्यक्रम का प्रसारण होगा, यह हमारा ही सोच का विषय है और "कॉलिका फायरहेड्स" द्वारा किसी प्रकार का कोई दावा नहीं है। इसलिए हमारा टीवी को इसका कुछ और जगह जाने की सारी जिम्मेदारी टीवी एवं हमारा ही होगी और "कॉलिका" को कोई दुःख या निन्दित इस मामले में नहीं होगी।

स्वयंभूती के लिए संस्कृति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

11/8/14

Dr. Ashwini Kumar
MBBS MSc FICO
Reg. No. 66028
Tirupur
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
इसका का नाम व स्थान भर दीजिए

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
डॉ. व. ए. हामिल अभिषेक अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION - अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

www.kluweronline.com

Erklärung

SIGNATURE of TRUSTEE 2

म्यामी हस्तक्षेत्र ३

12/28