

C13/00/0045

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

V/0017/0257

APPLICATION DATE :

आवेदन दिनांक

11/08/17

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Rameshnath

AGE-YEARS उम्र-वर्ष

57

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

Nominath

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

H.No-24/132 Gandhi Nagar, Krishna Nagar Jharkhand

UP, 201004

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

Same as above

Preop postop

(0257) Rameshnath

OCCUPATION :

व्यवसाय

- Pujari of temple

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

NA

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य प्रमाण)

NA

PAN No. सवाई 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 चिह्न 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 सम्बन्ध
1.	Lajja devi	45	F	Wife
2.	Amar deep	31	M	Son
3.	Vikrant	25	M	Son
4.	Diva	22	M	Son
5.	Shelli	22	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) सहायता हेतु के लिये प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ प्रेषित करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ प्रेषित करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ प्रेषित करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये निवेदन का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आपत्तय/दवाइयों से जारी की गई आदेशित सूची संलग्न
	RE: - TMS
	RE: - MSC
	Surgery: - (RE) Stomach with TOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

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

DECLARATION by APPLICANT: ☐ **ਅੰਤਰ** ☐ **ਸ਼ਾਇਦ** ☐ **ਨਹੀਂ**

- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True in 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 भोजपुर काज हूँ कि नुस प्रक्रम से दिने गदे समी विपल मेरी जलकाली के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विपल एवं कथर अलग पद जल है तो मेरी सहायक रिजल की न सचकी है।
- 2) मेरी प्रम नो छात्रालय एतः "कोशिका फाउण्डेशन", से गी न सचकी है, इसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रक्रम से प्राप्त सचकी है।
- 3) मैं यथि कजल हूँ कि रिजल सहायक सेंग पर प्रत्यक्ष की नई है, उक्त राशि नो अतिरिक्त नो सहायक विपल किसी अन्य सोर्स/एम्प्लोयर/इन्सुरन्स कम्पनी से न ले लिख है और न ही पणिय नो हूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (section 205.101)

- 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/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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न या अपने हस्ताक्षर या मुद्रा की जाय तसदीका, मैं (आवेदक) अपनी सहाय्य की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायोर्षी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और कोई विवरण इस प्रकार में प्रेषित है, उसे "कोशिका" द्वारा न्यायी, दान, साधन/सह सुलभ करने से दूसरी गतिविधियों और उपस्थितियों के लिए किसी भी उचित माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मैं इसका यह विचार नहीं रखता कि मेरे नाम या पते से करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि वेच नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता में उपरोक्तों से प्रेषित है पूर्ण स्वतः प्राप्तता का इकरारा नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" अपने न्यायोर्षी का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अधिकारों के वास्तविक या आंशिक या विस्तृत



AGREEMENT by HOSPITAL. (ENTER DO NOT)

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:

- 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 अधिकांश, हमसफरी को और से सम्बन्धित को "कोशिका बाइ-नोम" से विशेष साक्षात्कार हेतु विचारणा को जारी है, जिसे हम (हमसफरी) जिन प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1.) यह कि न तो कांग्रेस और न ही पुलिस ने किसी प्रयास को भी गैर आवाजी सभा का किसी अन्य अर्थ से उन्मा लेने-पकने में लगे था। न तो कोई है, बल्कि कि हमने "कोलिका पाउन्डेशन" से सिविल/डिप्लोमेटिक वक्ता के सम्बन्ध में "कोलिका पाउन्डेशन" द्वारा उत्तर हेतु कि है। और "कोलिका पाउन्डेशन" द्वारा साक्षात् निर्दिष्ट अधिकार/अन्य हेतु समुदाय की किस बात है जो सम्मानित किसी अन्य गैर आवाजी सभा का किसी अन्य सम्बन्ध में सम्पादन लेने का अभिप्राय सुनिश्चित करता है। इस तथ्य पर स्पष्ट कहा जाता है कि सम्पादन द्वितीय मंच, उक्त ऐतिहासिक हेतु किसी गैर आवाजी सभा का किसी अन्य सम्बन्ध से नहीं होता/होगी।
2. "कोलिका पाउन्डेशन" से लगे पूर्व सम्पादन संबंध विविध प्रकृति की हैं। सीपी ए इत्यादितः द्वारा दी गई आज्ञा या बिन्दे एवं उपचार/प्रक्रिया का पालन करने वाले सम्पादन को बीच का विषय है और "कोलिका पाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए सम्पादन में होने के सम्बन्ध मुद्रा और जाने जाने की पार्टी नियन्त्रणी होती पूर्व सम्पादन को छोड़ें और "कोलिका" को कोई भ्रष्टाचार या बिम्बेदारिता इस सम्बन्ध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

संयोजकता को लिपि संयोजकता

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 11/8/12	Dr. Ashwini Kumar MBBS MS FICO Reg. No. 66028 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इलाहाबाद मेडिकल रजिस्ट्रार	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इलाहाबाद अधीकृत अधिकारी
---	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक प्रयोग के

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2
	