

C170810065

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(आरोग्य देखभाल)


**Koshika**  
 foundation  
 Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

V/081/0262

APPLICATION DATE:

आवेदन दिनांक

11/08/17

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Kishuna

AGE-YEARS उम्र-वर्ष

60

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कन्या का नाम

Anulob Smith

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता


 H.No- 386, P.M. Post - Ayana Kheda, Tehsil - Mamt  
 (V. Bhat - Mathura, UP- 201204)

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवास पता

Pratap Pratap

(0262) Kishuna

OCCUPATION:

व्यवसाय

Farmer

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

21000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न) NA

PAN No. स्थायी आय संख्या

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

क्या आप आय का दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

Yes / No

हां / नहीं

✓

## FAMILY DETAILS परिवार विवरण

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ सम्बन्ध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-------------------------------------------------|
| 1.                     | Santa devi                                        | 40                         | F              | Wife                                            |
| 2.                     | Pratibha Randon                                   | 20                         | M              | Son                                             |
| 3.                     | Rishu Singh                                       | 18                         | M              | Son                                             |
| 4.                     | Om Prakash                                        | 15                         | M              | Son                                             |
| 5.                     | Hemwati                                           | 17                         | F              | Daughter                                        |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये निम्न आधार

|                                                                                                         |                                                                                                                  |                                                                                        |                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रखा के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोक्ता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई प्रमाण |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे क्या विलगी का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अपभ्रष्ट/दवाखान से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |
|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
|                        | RE - IMSC                                                                                     |
|                        | RE - IMSC                                                                                     |
|                        | Surgery - (RE) Sica with IOL                                                                  |

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>ही गई सहायता राशि |
|------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 1                      | SCFI                                      |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |

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 भोजन करता हूँ कि इस प्रश्न में दिने गये सभी विचार गेटी ज़रूरी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विचार एवं कथन सत्यता प्राप्त नहीं है तो वेही सत्यता प्राप्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस में सहमत हूँ। "कोशिका प्रजापति", से ही का रही है, उसका उपयोग सभी लोग की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में गलत है।
- 3) मैं पूर्णतः सहमत हूँ कि जिस प्रमाण से का प्रार्थना की गई है, उस प्रमाण का अर्थिक या प्रकृतिक विचार किसी अन्य प्रोटीन/विटामिन/खनिज कम्पली से न तो लिया है और न ही अर्थिक में लिया।

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 its 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 का अर्थ इसका या नहीं की बात समझकर, मैं (अनुरोध) अपनी सहाय्य की पूर्ण कक्षा हैं एवं "कोशिका काटने और उसके भागों" को अधिकृत करता है कि मेरा नाम, पता, पंजी और मेरे विवरण इस प्रश्न में शामिल है, इसे "कोशिका" एम्प्लू जारी, एवं, सामान्य रूप से उद्देश्य से मुझे सीमितियों और उद्देश्यों के लिए किसी भी प्रकार सामान्य से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मैं इसका विवरण मेरे द्वारा के पत्रों या रूप से करने के लिए "कोशिका काटने" में जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (अनुरोध) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, पता, पंजी और विवरण को कि सामान्य के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे सहाय्य सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लू उसके भागों का निर्माण अधिकृत और अधिकृत होता।

anterior: anterior, posterior: posterior



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.

इससे अधिकतर, इसकाही को ओर से खाली-पैनी को "कोरिना का-नोम" से विलियम काकास हेंगु सिफारिश को ज्ञाती है, जिसे इन (इसका) विना प्रचार से भुक्त व भुक्तियार करते हैं।

1. यह कि न तो संवेदन और न ही चिन्तन में किसी सामान्य किरा के साक्ष्यी संवेदन या किसी अन्य ज्ञेय से जका रेटेक्चराली में होने या हो गई है, जैसे कि इनमें "कॉलिका फायटोला" में विषयविशिष्ट/विशिष्ट ज्ञान के सम्बन्ध में "कॉलिका फायटोला" द्वारा गहरा हेतु कि है। यदि "कॉलिका फायटोला" द्वारा सामान्य चिन्ति अर्थिक/साक्ष्य हेतु बनुर की किता ज्ञान है तो सम्पत्ति किसी अन्य के साक्ष्यी संवेदन या किसी अन्य सम्पत्ति से सम्पत्ति होने का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सम्पत्ति द्वितीय चर, जका रेटेक्चराली हेतु किसी के साक्ष्यी संवेदन या किसी अन्य सम्पत्ति से नहीं संवेदन-लेती।
2. "कॉलिका फायटोला" से ही यह सामान्य संवेदन चिन्तन सुनिश्चित की है। ऐसी या इत्यादि द्वारा ही यह साक्ष्य या किरा में सम्पत्ति/अधिकार का सुनिश्चित होने एवं इत्यादि को बीच का विषय है और "कॉलिका फायटोला" द्वारा किसी ज्ञान का कोई दायता नहीं है। इसलिये इत्यादि में ऐसी के इत्यादि सुनिश्चित और अपने कार्य में सारी विधेयता ऐसी एवं इत्यादि में होने और "कॉलिका" की कोई भी/का या किसी/ऐसी इस सम्बन्ध में नहीं होती।

संयोजकता के लिए संयोजकता

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख

Dr. Ashwini Kumar  
MBBS MS FICO  
Reg. No. 56023  
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory  
on behalf of Hospital)  
मुम व एच हस्पिटल अधिकृत अधिकारी

## FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION      अन्तर्गत प्रयोग के लिए

SIGNATURE OF TRUSTEE 1  
\_\_\_\_\_

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
 \_\_\_\_\_  
 NAME: TRUSTEE 2

Exempel

2010-2011