

C17/08/0062

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

V/0817/0263

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

11/08/017

NAME of APPLICANT:

अवेदक का नाम

Kallo Devi

AGE-YEARS आयु-वर्ष

60

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/सहोदर का नाम

Beniram

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

Vill + Post - Tamo-Tiya, Distt - Aligarh, Up.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता

Same as above

Preop Postop

(0263) Kallo Devi

OCCUPATION:

व्यवसाय

House wife

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

NA

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें)

NA

PAN No. स्थायी आयकर संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य 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 अवेदक से क्या सम्बन्ध
1.	Sukhran	50	M	Husband
2.	Veera Singh	45	M	Son
3.	Vijal	40	M	Son
4.	Rajan	38	M	Son
5.	Kishore	25	F	Daughter
6.	Tarawati	22	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए किसी आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे मने किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रिपोर्ट/प्रीस्क्रिप्शन से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE. - P.P.
	RE. - EMSC
	Surgery - (LE) SICS with FOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गये हैं?

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

DECLARATION by APPLICANT: NONE OF THE ABOVE

- 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 यहाँ पर बताना हूँ कि इस प्रत्यय में दिए गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य वाचक प्रमाण प्राप्त हो तो मेरी सहायता निरास हो जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर आग्रहपूर्वक प्रति "कौशिका फाउन्डेशन", से सहायता प्राप्त है, उसका उपयोग उक्त उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रत्यय में मांग गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं इस सहायता से या भविष्य की नहीं है, तब तक कि वह कौशिका फाउन्डेशन द्वारा किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से या तो लिया है और या हो सकता है।

AGREEMENT by APPLICANT (initials and date)

- 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 या अपने हस्ताक्षर या अंगूठी की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में उल्लिखित है, उसे "कोशिका" द्वारा या किसी अन्य व्यक्ति/संस्थानों को प्रसारित करने के लिए उपयोग करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा का विवरण मेरे इरादों के पत्रों या अन्य मेरे करने को लिए "कोशिका फाउंडेशन" से भरोदारों अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से उल्लिखित है पूर्ण स्वतः सहायता का प्रस्ताव नहीं बनाता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" द्वारा उसके भरोदारों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

આવેદન બે રાજ્યના પાંચ મંત્રીના નિમિત્તે



AGREEMENT by HOSPITAL (HSEH 05 000)

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 this matter.

हालांकि अधिकांश, इन्टरनेट पर की गयी वेब गैलरी/फोटो को "कोरिया का आन्दोलन" से विभिन्न महापुरुषों को सम्बोधित की जाती है, जिसे हान (हाउसहान) गिल प्रकाश से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वास्तव और न ही अधिव्यक्ति विहित साक्ष्यगत किसी भी सरकारी संस्करण या किसी अन्य स्रोत से उद्धृत हो सकती है। यदि यह सत्य है, तो यह कि इन "अधिव्यक्ति साक्ष्यगत" के विवरण/विहित स्रोत को साक्ष्य में "अधिव्यक्ति साक्ष्यगत" द्वारा प्रस्तुत किया जा सकता है। यदि "अधिव्यक्ति साक्ष्यगत" द्वारा साक्ष्यगत विहित अधिव्यक्तिगत स्रोत से मूल्य नहीं दिया जाता है तो साक्ष्यगत किसी अन्य भी सरकारी स्रोत या किसी अन्य संस्करण से संग्रहित होने का अधिव्यक्ति साक्ष्यगत है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि साक्ष्यगत विहित स्रोत, उदाहरण के लिए, उद्धृत किया जा सकता है सरकारी स्रोत या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेक/लेगी।
2. "अधिव्यक्ति साक्ष्यगत" से ही यह साक्ष्यगत स्रोत विहित प्रकृति की है। यदि यह साक्ष्यगत द्वारा ही यह साक्ष्य या कितने भी उपसहस्र/अधिक का सुचारु स्रोत, एवं साक्ष्यगत को भी यह विहित है और "अधिव्यक्ति साक्ष्यगत" द्वारा कितने उद्धृत का कोई उद्धृत नहीं है। इसीलिए साक्ष्यगत में उद्धृत को साक्ष्य सुचारु और उद्धृत को भी सारी विधिवत् तरीके एवं साक्ष्यगत को उद्धृत और "अधिव्यक्ति" को कोई प्रकृति या विधिवत् तरीके साक्ष्यगत में नहीं होनी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

रखीपत्नी के लिए संग्रहित

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

12/8/12

Dr. Ashwini Kuma
MBBS MS FICO
Reg. No. 66028
Time _____ Date _____
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
डॉ. ए. ए. इन्द्रावत, ज्योतिष, अतिरिक्त

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अर्थशास्त्रादिसंशोधनसंस्थानाख्ये

SIGNATURE of TRUSTEE:

मन्त्रेः प्रमाणम् ।

Exchanged

SIGNATURE of TRUSTEE 2

TABLE 1
continued

2020