

C17/09/0623

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

A/0917/0433

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

11/09/17

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

BHAGWANI BAI

AGE-YEARS वर्ष-स

67

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कटुम्ब का नाम

MEHAR CHAND

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवास पता

VILLAGE - DHANWARI T.H. BHAMGARH

DIST. NIWAR RAJASTHAN

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवास पता

DS - ABOVE

PRE OP. POST OP.
0433: BHAGWANI
BAI

OCCUPATION :

व्यवसाय

LABOURER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

60,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का सबूत संलग्न) NA

PAN No. क्या खाता संख्या

NA

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 (हाँ)

No (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	श्रीम. सुनील	30	M	पुत्र
2	पुष्पा	28	F	पुत्री

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनोद आधार

BPL Card (Attach Card Copy) रबीरी रेश के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
--	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनोद का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सुची संलग्न
1	DIAGNOSIS - RE - IMSC
	LE - IMSC
2	SURGERY RE SIC5 + IOL

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 ली गई सहायता राशी
1	SCEH	

DECLARATION by APPLICANT: **अवेक हुन घोषण यः**
 I declare that the information given in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance null and void.

- AGREEMENT by APPLICANT (30496 00 600)

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.

- _____
APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आवेदक को दण्डना या जेलों का पिछन

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल की ओर से)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we do hereby 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.

जुलै २०१३ में, इल्लुवरी को भंग से बचाने/होने को "कोर्टिका फाउन्डेशन" से विविध सहायता हेतु विनियमित की जाती है, जिसे हम (इल्लुवरी) विभिन्न प्रकार से सहाय्य व स्वीकार करते हैं।

2. "कोशिका फायनेंस" से तो यह साबित होना चाहिए कि किसी भी व्यक्ति को कोई भी अधिकार नहीं है कि वह किसी भी व्यक्ति को कोई भी अधिकार दे सके। इससे यह साबित होना चाहिए कि किसी भी व्यक्ति को कोई भी अधिकार नहीं है कि वह किसी भी व्यक्ति को कोई भी अधिकार दे सके। इससे यह साबित होना चाहिए कि किसी भी व्यक्ति को कोई भी अधिकार नहीं है कि वह किसी भी व्यक्ति को कोई भी अधिकार दे सके।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

समीक्षा के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

11/09/17

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

इन्द्र का योग्य इन्द्राक्षर व रवि न

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

Admission on behalf of Hospital

समय से यह हुआ। अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

पुनर्जागरण ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

अथैव ॥ २ ॥

Exchanged

Sc 28