

C1710010221

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
(Healthcare)

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika
foundation
Building block of life.APPLICATION No.:
आवेदन संख्या: V/091710312APPLICATION DATE:
आवेदन तिथि 31/08/17NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम Bachchu SinghAGE-YEARS आयु-वर्ष 56
SEX लिंग MFATHER'S/SPOUSE'S NAME:
पिता/कन्या का नाम Ram Ji Lal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Vill - Kharkela, Mathura
Up. 281209

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

Same as above



Preop Postop

(0312) Bachchu Singh

OCCUPATION:
व्यवसाय FarmerTOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय 21000/- (Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न) 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 लगावे)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.	Chandni	13	F	Daughter
2.	Pranjal	20	M	Son
3.	Arvind	18	M	Son
4.	Arushi	16	M	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए विनति आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	Re - TMSL
	IF - P.P.
	Surgeon - (R) Sica with FOL

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 राशि
1	SCCH	

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 शोधक कहता हूँ कि इस प्रारूप में दिने गये सभी विवरण वेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो वेरी क्षमता रिपोर्ट की जा सकती है।
- 2) मैं द्वारा जो सलाह यहाँ "कोशिका फाउण्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग सभी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में पाया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायक हेतु या कार्य की गई है, उस एप्लीकेशन का समस्त विवरण किसी अन्य प्रोटेक्टोरेक्ट/बीमा कम्पनी से न ली गया है और न ही पत्रिका में लीया।

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 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 अपने हस्ताक्षर या अंगूठी की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहजता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ग्राहकों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फ़ोन और जो विवरण इस प्रश्न में प्रेषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायी, राज, राधाकाश दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपस्थितियों के लिये किसी भी प्रकार सम्पन्न से प्रयुक्त करने से निम्न अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मैं इसका को भरने या भरूँगे करने से निम्न "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायी अधिकृत है।

- 2) मैं (अलेक्जेंडर) इस बात से सहमत हूँ कि योग, पात्र, फोडों और विचारों को कि साक्षात्कार के उद्देश्यों से प्रेरित है। मुझे यकीन है कि साक्षात्कार का इकट्ठा नहीं करना। इस सम्बन्ध में "वर्तिका" दृष्टि दस्तावेज़ों का निर्माण अतिशय और आवश्यकता होगी।

આવેદક એ હાલના પા ઝાંટે ના નિવાસ

Frz

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 अधिकृत, इमरतली की ओर से मारले-पेटे की "कोशिका काउन्टिंग" से विधिप साहाय्य हेतु सिफारिश की जाती है। जितने हम (इमरतली) विम प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो सर्वजन और न ही पृथिवी में विविध शाखायें मिलीं और शाखायों संभव या किसी अन्य कारण से उक्त रोपितस्थलों में लगे या लगे रहें हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फायनोटोप" में विपरीतनिर्दिष्ट उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फायनोटोप" द्वारा स्पष्ट हेतु कि है। यदि "कोशिका फायनोटोप" द्वारा शाखायें निर्दिष्ट अधिक/सकल हेतु मजबूत नहीं किया जाता है तो अत्यन्त किसी अन्य और शाखायों संभव या किसी अन्य सम्भावन से अत्यन्त लम्बे या अधिकतर सुनिश्चित शाखायें हैं। इस पृथिवी में स्पष्ट कहा जाता है कि अत्यन्तल द्वितीय स्तर, उक्त रोपितस्थलों हेतु किसी और अत्यन्तल संभव या किसी अन्य सम्बन्ध से नहीं लगे/लेती।

2. "बौतिक फायदेनाश" से ही नई सामंजस्य कल्पना विविध प्रकृति की है। ऐसी या असम्भवता द्वारा ही नई सत्यता या किन्हीं गये उपचारप्रक्रिया का सुझाव देती एवं हमारा मन को भीषण कर देती और "बौतिक फायदेनाश" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हमारा मन में ऐसी के इलाज सुझाव और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी ऐसी एवं हमारा मन को छोटी और "बौतिक" की कोई दुनिया या किस्मो-किस्मि इस भावने में नहीं होती।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

Dr. Ashwini Kumar
MBBS, MS, FICO
Reg. No. 66028
Time

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

हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व उम्मीद

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

नाम व पद इस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

मध्यमैः प्रस्तावितः ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

संख्या २२२२२२२२

Ergebnis

1228