

C17/10/0006

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

V/1017/0406

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

03/10/17

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Karan Singh

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

60

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/सहस्र का नाम

Bahadur Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

H.No. 97A

vill - Kakaruni, P.S. Mant, Dist - Mathura

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION:

व्यवसाय

Farmer

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

18000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. स्वयं का PAN संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो सत्य हो उस पर सही का निशान लगायें)

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 से संबंध
1.	Vimala	60	F	Wife
2.	Tejveer	40	M	Son
3.	Premveer	35	M	Son
4.	Sumita	26	M	Son
5.	Ishta	27	F	Daughter
6.	Ishta	24	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable):
सहायता के लिये विवरी आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे करने विवरी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई इलाज/पदार्थ संलग्न
	Re - TMSC
	Re - TMSC
	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 लिया गया है?

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

DECLARATION by APPLICANT: ☐ YES ☐ NO ☐ N/A

- 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.

- 3) मैं सोचता था कि इस आशय से दिने एवं रात्रि विभाग में ही आकाशी के अमृत काग एवं सही है। यदि कोई विभाग एवं अथवा अथवा पाया जाता है तो मेरी सहायता निम्न की जा सकती है।

AGREEMENT by APPLICANT (attach this form)

- 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 fulfilment of the "purpose" for which assistance is being requested.

21 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.

- 11) इस प्रश्न पर अपने उत्तरों या जवाबों को अपने सहायक, यी (अनवरक) अपनी सहायिनी को सुचित कराएँ। एवं "कौशिक पराट्टमस और उसके ग्यासीरों " को अधिस्तुत कराएँ कि वे भी पढ़ें, पढ़ें, पढ़ें और जो विचार इस प्रश्न में उभरते हैं, उसे "कौशिक" सुस्तु ग्यासी, दार, मध्यम दार उद्देश्य से सुती गतिविधियों और वस्तुस्थितों को लिखें किसी भी प्रकार सम्भव से प्रयत्न करने को लिए अधिस्तुत है। जो प्रश्न का विचार में प्रश्न को पढ़ने या कर के करने को लिए "कौशिक पराट्टमस" व ग्यासी अधिस्तुत है।
- 12) यी (अनवरक) इस बात से सहमत हैं कि वे पढ़ें, पढ़ें, पढ़ें और विचार जो कि सहायक को उद्देश्यों से उभरते हैं सुती करके सहायता का प्रकाश नहीं करता। इस संबंध में "कौशिक" अपने अपने ग्यासीरों का लिखें अधिस्तुत और मध्यम दार को।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

संवेदन की प्रकृति का अर्थ का विचार

करना है

AGREEMENT by HOSPITAL: (FEDER 2011 000)

By affixing hereunder, signature of our Authorised 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.

इसमें जम्मू, कश्मीर को और से नेपाल/रोले को "बोल्स पायान्स" से विभिन्न महापक्ष से लिखा जाता है। इसे हम (हमारे) मिल प्रकाश से खाने में प्रयोग करते हैं।

1. यह कि न तो संविधान और न ही संविधान में लिखित सहायता किसी भी सरकारों संसदन या किसी अन्य गठित से उच्च रोलीचमाल में लेने या ले रहे है, जैसे कि हमने "कोरिक्वा फायनेंस" से विपक्षीकरणविरोधी उच्च से सम्बंध में "कोरिक्वा फायनेंस" द्वारा भय रंजु कि है। यदि "कोरिक्वा फायनेंस" द्वारा सहायता विपक्षी संविधानसमल रंजु समुद्र की किच जाल है ले अमलता किसी अन्य भी सरकारों संसद या किसी अन्य संसदधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित सहा है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जात है कि अमलता द्वितीय बार उच्च रोलीचमाल रंजु किसी भी सरकारों संसद या किसी अन्य सहा से नहीं लेना/लेने।
2. "कोरिक्वा फायनेंस" से ही यह सहायता संसद विहित प्रकृति की है। यदि पर हमलता द्वारा ही यह सहायता या किने गये उपभार/प्रक्रिया का चुनाव रोली एवं हमलता से बीच का विषय है और "कोरिक्वा फायनेंस" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रयत्न नहीं है। इसलिए हमलता में रोली से उलान मुला और जाने जाने की साथ जिम्मेदारी रोली एवं हमलता की होगी और "कोरिक्वा" को कोई प्रोत्सा या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

સન્મીચ્છતા ઓ રિષ્ટ સંપત્તિ

Date of Surgery
अपरेसन की तारीख

Dr. Ashwini Kumar
MBBS-MS-FICO
Reg. No. E6028

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

हस्ताक्षर, मुद्रा, नाम व पता

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

युम य पूत हम्मलल अभिलल अभिलली

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग केवल

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायै वात्सल्यम् ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

2000