

C17/08/0118

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation
Building block of life.

APPLICATION No. :
आवेदन संख्या :

V/10170414

APPLICATION DATE :
आवेदन तिथि

05/10/13

NAME of APPLICANT :
आवेदक का नाम

Maya Devi Hariya

AGE-YEARS आयु-वर्ष

75

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :
पिता/कटुम्भ का नाम

Ram Sahay

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

H No- 35, Vill - Midhawali, Post - Midhawali

Dist - Hathuay, Up. 201302

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

Same as above



PASTE PHOTO HERE

Preop Postop

(0414) Maya Devi Hariya

OCCUPATION :
व्यवसाय

House wife

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :
कुल वार्षिक आय

NA

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. स्थाई आय संख्या

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

Yes / No

हां / 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	Pappu	45	M	Son
2	Rishu	42	M	Daughter
3	Languariya	40	M	Son
4	Sargi	35	F	Daughter
5	Mohd. Chand	30	M	Son
6	Hariya	late	M	husband

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रैश 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RF - IMSC
	LF - IMSC
	Surgery - (RE) Sacs with Tol.

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
	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 liable for rejection/cancellation.

- AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

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:



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:

- इससे अतिरिक्त, हस्तधरी की ओर से चामले/पेन्सी को "कॉमिक्स फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे डाम (हस्तधारी) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

म्यूजिकी के लिए संस्तुति

Dr. Ashwini Kumar

1999, MS, FICO

Reg. No. 60028

Time: _____

10. With Stamp)

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

नमः न पद हस्यतात अधिकत अधिकत

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग केवल

SIGNATURE of TRUSTEE 1

ज्योती इमलखर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

व्यासो हस्तधर २

Ergebnis

here