

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

K/1014/1053

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

09.10.17

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

HAKAM SINGH

AGE-YEARS जन्म-वर्ष

SEX लिंग

45

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

BICHITTAR SINGH

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता

166/1 LANDUL ROAD, HAORA CORPORATION,
13. GARDEN, HAORA, 711003, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवास पता

AS ABOVE

OCCUPATION :

व्यवसाय

CONTRACT LABOUR

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

RS. 1800 x 12 = 21,600/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. पैन 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 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	HAKAM SINGH	45	M	SELF
2	HARENDRA SINGH	20	M	SON
3	PARBENDRA SINGH	18	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश 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 निम्नी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (SICS + 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 इस गरी सहायता राशि

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 चाहूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य बताने अथवा गलत बताने से मेरी सहायता प्राप्त की जा सकती है।

2) मैं इससे जो सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से ले जा रही हूँ, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में बताना था।

3) मैं यहाँ पर बताना चाहूँ कि मैं इस सहायता से या इसकी मदद से या इससे प्राप्त की जा सकने वाली किसी अन्य स्रोत/निर्देशक/बीमा कम्पनी से या से प्राप्त की जा रही अथवा मेरी सहायता

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/post-upreproduce 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 to 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 fulfillment of the "purpose" for which assistance is being requested.

[illegible]

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

AGREEMENT by HOSPITAL. (FURNISH ONE COPY)

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.

1) यह कि न तो कलियुग और न ही अधिन्य में किसी साधारण किसी के सामग्री संग्रहण या किसी अन्य उद्देश्य से उच्च ऐसी-मार्गों में लेने या ले जाने हैं, बल्कि कि इनके "कोलिका परावर्तन" से निपटारा/संभालने उच्च में सम्भव है। "कोलिका परावर्तन" द्वारा मर रहे कि है। यह "कोलिका परावर्तन" द्वारा साधारण किसी अधिन्यास/संग्रह से मर रही किसी उच्च है जो अत्यन्त किसी अन्य के सामग्री संग्रह या किसी अन्य सम्पत्ति से साधारण लेने का अधिन्यास प्रमाणित करता है। इस प्रमाण में स्पष्ट कहा जाता है कि अत्यन्त प्रमाण मर उच्च ऐसी-मार्गों से किसी के सम्पत्ति संग्रह या किसी अन्य सम्पत्ति से नहीं संग्रहीत है।

2. "बौद्धिक सम्पदा" से तो यह सामान्य अर्थ में निम्न प्रकृति की है। ऐसी या सम्पदा इस से यह साधन या विधि से सम्पदाधिकार का प्रचलन ऐसी एवं सम्पदा से सीधे या निम्न है और "बौद्धिक सम्पदा" इस किन्हीं प्रकार का कोई वस्तु नहीं है। इसीलिए सम्पदा में ऐसी से सम्पदा प्राप्त और उसे उसे की सही विधि-ऐसी ऐसी एवं सम्पदा को छोड़ें और "बौद्धिक" को कोई वस्तु या विधि-ऐसी इस प्रकार में नहीं छोड़ें।

REJECTION

संस्तुति (संयोजित/निरस्त का विज्ञान संग्रह)

मन्त्र

संस्कृत

Dr. Alok Agrawal
MBBS, MS, FRCS (Ed), FRCS (S) FRCOphth
Reg. No. 34712
Sri Aurobindo Eye Institute
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
आर्य समाज के आचार्य के रूप में, मैं

Chandni
Dr. Sankar Bagchi
Director
Chandni Eye Foundation & Research Centre
(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory
on behalf of Hospital)
मानव संसाधन विभाग, दिल्ली

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

ज्योती इलाहाबाद ।

ज्यासी इलाखर २

SANCTIONED
 2000

REJECTED
कमन्स

by

2.1.1