

C498/1/18

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.: आवेदन संख्या: E/0118/274 APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: 8/1/18

NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम: AGE-YEARS आयु-वर्ष: 42 SEX लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कटुम्ब का नाम: Ashok Kumar

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता: HNo- 8-58, Jitendra Nagar, New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता: — as above —

OCCUPATION: व्यवसाय: Housewife MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय: 36,000/- (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न) NA

PAN No. रसाई खत संख्या: NA ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर पता है (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं) 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 Ajay 15 M Son

Two Daughter's Married

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रखा के पीछे 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 साक्ष्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न

1 Diagnosis - RE - IMSC LE - IMSC

2 Surgery IF - STCC + JOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?

Sr. No. क्रम संख्या NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी

1. Veno

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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं/अथवा दावा गलत है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मैं दृढ़ता से सहायता एवम् "कोशिका फाउन्डेशन", से भी जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में गत गया है।

3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस एवम् का अंशिक या सम्पूर्ण विवरण किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लेंगा।

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise 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 fulfillment of the "purpose" for which assistance is being requested.

1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या ओंठों की छाप लगाकर, मैं (अवेदक) अपनी जागृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कौशिका फाउंडेशन और उसके ग्राहकों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और नों विचारन इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कौशिका" एवम् ग्राहकों, दान, वाक्यवाचक दूसरे पदों से जुड़ी पत्रिकाओं और ग्राहकों के तमाम किताबों प्रकाश प्रकाश में प्रकाशित करने में सहायक है। मैं प्रश्न का विचारन में प्रकाश के पक्ष में या विरुद्ध में अपने "कौशिका फाउंडेशन" व ग्राहकों अधिकृत है।

2) मैं (अनुरोध) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि महाभारत की उत्पत्ति से सम्बंधित है मुझे स्वतः साक्षात्कार का इकट्ठा नहीं करना। इस सम्बंध में "कलिका" एपन उसमें व्यक्तिगत का निर्णय लेगी जो आवश्यक होना।

आवेष्टक के इलाका या जगह का निवास

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.

हमारे अधिकांश हमसफरी श्री जोसे से मायानो-रोन्गी को "कोशिका यादगिरेज" से विभिन्न महापद्म होत सिखायिका की जाती है, जिसे हम (हमसफरी) विभिन्न प्रकार से मायानो व मरीकाज करते हैं।

1) यह कि न तो बांधव और न ही अधिवक्ता में विविध साक्ष्यता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वीत से प्राप्त होती/पावती में लेनी या ले हो है, जैसे कि अपने "कोशिका काउन्टेर" में निगरानि/विनिर्णय उस के सम्बन्ध में "कोशिका काउन्टेर" द्वारा मरद होतु कि है। यदि "कोशिका काउन्टेर" द्वारा साक्ष्यता विनिर्णय अतिरिक्त/अपगत होतु सम्भूत नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य सम्बन्धन से साक्ष्यता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मरद उस होती/पावती होतु किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य सम्बन्धन से नहीं लेता/लेती।

2. "कोशिका कायदेश" से ली गई संख्या का मतलब निम्न प्रकृति की है। ऐसी या इसका मतलब इस पर कोई सलाह या किसे लगे उपचार/प्रक्रिया का चुनाव ऐसी एवं इसका मतलब के बीच का विषय है और "कोशिका कायदेश" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए इसका मतलब में ऐसी के हस्ताक्षर सुझा और अपने अपने की जारी जिम्मेदारी ऐसी एवं इसका मतलब की होती और "कोशिका" की कोई प्रतिक्रिया या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

सभीकृती के लिए संस्तुति

9/1/18

DR. WANG CHUAN DOMA
Consultant
HEALTH CARE INSTITUTE & RESEARCH CENTRE
108-1, Street No. 95, Industrial Area,
Gurgaon - 122 007

TANUJA JOSHI
 Managing Director
 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
 on behalf of Hospital)
 1/31, Shri Chhatrapati Shivaji Maharaj, 400 017
 Phone: 020-26111111

FOR INTERNAL USE BY KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

म्यानी इमलापर ।

क्या वेदों में वेदों का उल्लेख है ?

Sicherung

Herb