

C2309/1/18

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building block of life.

 APPLICATION No. : E/0118/294 APPLICATION DATE : 29/1/18
 आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

 NAME of APPLICANT : Ram Wati AGE-YEARS आयु-वर्ष : 60 SEX लिंग : F
 आवेदक का नाम

 FATHER'S/SPOUSE'S NAME : Ram Ashish
 पिता/सहोदर का नाम

 PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
h/o- C/240 Gali No-7, Sec-22,

 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता
-as above-

 Preop
 294

 Postop
 Ram Wati

 OCCUPATION :
 व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

 TOTAL ANNUAL INCOME :
 कुल वार्षिक आय

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

PAN No. स्थाई खाता संख्या

NA
 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/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.	Kamatnath	23	M	SON
	Two	Daughter's		Married.

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे 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 विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	Diagnosis- LE- IMSC LE- MSC
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 हो?

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

- 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 प्रकार मैं ऐसे गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं द्वारा मे सहायता दी गई "कोशिका फाउन्डेशन", से जो राशि मिली है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकार में था।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि बिना सहायता के मैं यह व्यय नहीं करूँगा, उस राशि का अतिरिक्त या समकालीन किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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 अंगुली की छाप लगाकर, मैं (अवेकदक) अपनी सहायता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाइटेशन और उसके न्यायी" को अधिकृत करता हूँ कि वेद नय, पत्र, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में संश्लिप्त हैं, उसे "कोशिका" एवम् न्यायी, सार, याचकता या दूसरे उद्देश्य से कुछी प्रतिनिधित्व और प्रसारणों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मैं प्रश्न का विवरण और प्रश्न के पत्रों या बन्ध में करने के लिए "कोशिका फाइटेशन" व न्यायी अधिकृत है।

2) मैं (अवेकदक) इस बात से सहमत हूँ कि वेद नय, पत्र, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित हैं मुझे स्वतः सहायता का उद्धार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यायियों का विशेष अधिकार और बाध्यकारी होगा।

आपेक के हलाकर या अंगुली का निशान



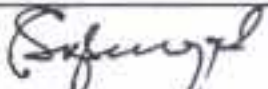
By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

हमारे अधिकांश इस्तेमाली की ओर से चालने/रोकी की "कोरिंगा चारमेटेल" से विलियम महापद्म होतु रिपब्लिक की जाती है, जिसे हम (हमेश्वर) विन्म प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो कार्यवाह और न ही अधिकांश में विविध सहायता किसी एक सरकारों संस्थान या किसी अन्य बल से उठाए जाते हैं। जैसे कि हमने "कोलिका पाउन्डेशन" से निजरीय/निजरीय उठाए के सम्बन्ध में "कोलिका पाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोलिका पाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/सहाय हेतु मंगत नहीं किया जाता है तो अन्यथा किसी अन्य एक सरकारों संस्थान या किसी अन्य सम्बन्धन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अन्यथा द्वितीय मदद उठाए जाते हैं। किसी एक सरकारों संस्थान या किसी अन्य सम्बन्धन से नहीं लेते/लेती।

2. "बोशिका काउन्टीशन" से ली गई सहायता केवल वित्तिय प्रवृत्ति की है। ऐसी पर हमलाएँ हुए थी जहाँ सलाह का किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव ऐसी एवं हमलाएँ के बीच का विषय है और "बोशिका काउन्टीशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हमलाएँ में ऐसी के इलाज मुफ्त और अपने अपने को जारी किये/पारी ऐसी एवं हमलाएँ की होती और "बोशिका" को कोई धमिका या किये/पारी इस मामले में नहीं होगी।

सभीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery अस्त्रोपचार की तारीख 30/1/18	DR. W. J. DOMA (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका का सचिव FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION	T. S. JOSHI Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इलाका के अधिकृत अधिकारी
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इलाका 1 		SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इलाका 2 