

18/01/2023

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building Block of Life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

V/0118/0727

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

11/01/2018

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Omwati

AGE-YEARS आयु-वर्ष

58

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पति का नाम

Dio Gyashp

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Vill - Maruli Dang, j. P. S. Sirohi, Rajasthan
Dist - Bharatpur

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

Same as above



PAGE PHOTO HERE

Preop Postop

(0727) Omwati

OCCUPATION :

व्यवसाय

House wife

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न) NA

PAN No. स्थाई खाता 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 / 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	Shiv charan	60	M	Husband
2	Mukesh	38	M	Son
3	Harsham	32	M	Son
4	Lovekesh	28	M	Son
5	Aceta	20	F	Daughter
6	Lalata	18	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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) उपभोग्यता 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 आस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RF - ImSc
	LE - PM.Sc
	Surgey - Sinc with 101 (LE)

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया हो?

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

DECLARATION by APPLICANT: सोने से सोने में

- 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.
- 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 हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं/वाचन, संभाव्य रूप से गलत है तो मेरी सहमति विना ही यह प्रस्ताव नहीं।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता यदि "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में भरा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं इस सहायता से/पर प्रबंधन नहीं करूँ, उस राशि का अधिक या समतल विवरण किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अनुमोदन दायक)

- 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 fulfilment of the "purpose" for which assistance is being requested.
- 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठी की छाप लगाकर, मैं (अर्शेदक) अवगत करवाती हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अभिप्रेत करता हूँ कि मैंने नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में कोशिका है, उसे "कोशिका" एम्पु न्यासी, नाम, सम्बन्धन इत्यादि उद्देश्य से सुदृढीयतायित्व और वित्तियतायित्व को लिखे किसी भी प्रकार सम्पन्न से प्रसारित करने को लिख अभिप्रेत है। मेरे प्रश्न का निष्पत्ति मेरे हस्ताक्षर के पत्रों पर नाम से करने को लिख "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अभिप्रेत है।
- 2) मैं (अर्शेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मैंने नाम, पता, फोटो और विवरण को लिख सम्पन्न को उद्देश्य से प्रसारित है मुझे पता: सम्पन्न का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्पु उद्देश्य न्यासीयों का निर्णय अंतिम और सम्पन्नकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आवेला ते वास्तव या संश्लेषातून

AGREEMENT by HOSPITAL (EPHRAIM DOD WOOD)

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:

- 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 अधिभूत, हमारायी को और से गारुड/देवी को "मोशिका पञ्चमंगल" से विविध आराधना हेतु विपरीत को जाले है, बिसे हन (हमपारा) विन प्रकार से मान्य व स्वीकार करते है।

1. यह कि न तो अधिनियम और न ही अधिकांश में विहित प्रावधान किसी एक साक्षरों संसद या किसी अन्य उद्देश्य से उठाए गए। प्रावधानों में कोई या तो यह है, जैसे कि हमने "कोशिका प्रजापंथ" से निष्काशित/विनिर्मुक्त उठाए हैं सम्बंध में "कोशिका प्रजापंथ" द्वारा मरद होतु कि है। यदि "कोशिका प्रजापंथ" द्वारा प्रावधान किसी अधिकांशकाल होतु मनुष्य नहीं किंचित जगह है तो सम्भवतः किसी अन्य कि साक्षरों संसद या किसी अन्य सम्प्रदाय में प्रावधान लेने का अधिकांश सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि सम्भवतः द्वितीय मरद उठाए गए प्रावधानों में कि किसी कि साक्षरों संसद या किसी अन्य सम्प्रदाय से नहीं सम्प्रदायों।
2. "कोशिका प्रजापंथ" से ही यह प्रावधान संभव विहित प्रकृति की है। ऐसी पर हमसारा द्वारा ही यह साक्षर या किने को सम्भवतः अधिकांशकाल का प्रभाव होतु एवं सम्भवतः को प्रभाव का विधान है और "कोशिका प्रजापंथ" द्वारा किसी प्रकार का कार्य प्रभाव नहीं है। इसलिए सम्भवतः में ऐसी को प्रभाव प्रभाव और अपने अपने को नहीं किन्ने/ऐसी ही एवं सम्भवतः को होतु और "कोशिका" की कार्य प्रकृति या किन्ने/ऐसी इस प्रकार में नहीं होतु।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

अथर्ववेद के लिए संस्कृति

Date of Surgery
advised at entry

12/01/2018

Dr. Ashwini Kumar
MBBS MS FICO
Reg. No. 66028
Time _____
Date _____

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
 डाक्टर का नाम व इजाजत व सील, उ.

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्ताक्षर अधिकारी



FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
मन्मथ ठाकुर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
2008 JUNE 2