

C18/01/0122

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.:
आवेदन संख्या :

N/0118/0733

APPLICATION DATE:
आवेदन तिथि

11/01/2018

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम

Ramswaroop

AGE-YEARS आयु-वर्ष

65

SEX लिंग

M

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

S/o Mutha

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Vill - Nagla Tula, Po - Dumarciya

Dist - Bhatnagar, Raj - 321405

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

Same as above



Prop Postop

(0733) Ramswaroop

OCCUPATION:
व्यवसाय

Farmer

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय

2/000/-

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

NA

PAN No. रखाई 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
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	Asham	50	F	Wife
2	Rajiv Singh	30	M	Son
3	Smita	28	F	Daughter
4	Maya	25	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 अल्प 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 सुची संलग्न
	AE → AP
	LE → IMSC
	Surgery → (LE) STCS WITH JOI

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 हो गई सहायता राशि
1	SC-EM	

DECLARATION by APPLICANT: सुनिश्चित की जायेगी कि

- 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 बताना हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता मिलाने की मांग खारिज होगी।
- 2) मैं इस बात का यकीन रखता हूँ कि "कोशिका फाउण्डेशन", से जो राशि मिलेगी, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में पूछा गया है।
- 3) मैं यहाँ बताना हूँ कि मैंने किसी दूसरे स्रोत से इस राशि की मांग नहीं की है, न ही भविष्य में किसी भी स्रोत से इस राशि की मांग करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (མགོན་པོ་ལྟ་བུ།)

- 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/post-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.
- 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कॉशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रश्न में वर्णित है, जो "कॉशिका" एगन्स न्यासीय, दान, सहायता/प दानों इत्यादि से जुड़ी एक्टिविटीयों और उपलब्धियों को लिखे किसी भी प्रकाश माध्यम को प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का निष्पत्ति मेरे हस्ताक्षर के पत्रों या पत्र में करने के लिए "कॉशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का अधिकार प्रदान नहीं करता। इस संबंध में "कॉशिका" एगन्स उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और सहायकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

[illegible]

AGREEMENT by HOSPITAL (醫院同意書)

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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकार, हमसफरी की ओर से भागदेलेनी को "कॉलिका फाउन्डेशन" से दिलिय सहायत से सुविधा को पाली है, जिसे हम (हमसफर) विभिन्न प्रकार से भाग्य से भरीकर जाते हैं।

- 1) यह कि न तो बर्तमान और न ही भविष्य में विविध राजपाट किसी एक शाखाई संस्थान या किसी अन्य स्तर से इका टोपी/चपल में होने या तो रहे हैं, जैसे कि हमने "कॉशिका राजवंश" से डिपेंडेंस/विश्वीय इका के सम्बन्ध में "कॉशिका राजवंश" द्वारा स्पष्ट हेतु कि है। यदि "कॉशिका राजवंश" द्वारा राजपाट विविध अतिरिक्त/कमल हेतु समुद्र नहीं किया जाता है तो राजपाट किसी अन्य एक राजाई संस्था या किसी अन्य राजपाट से राजपाट लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस भूमि में स्पष्ट कहा जाता है कि राजपाट द्वितीय स्तर, उदा. टोपी/चपल हेतु किसी एक राजाई संस्था या किसी अन्य राजा से नहीं लेना/लेनी।
2. "कॉशिका राजवंश" से रही गई राजपाट संस्था विविध प्रकृति की है। टोपी पर हमारा प्रश्न दो गई संस्था या किये एवं राजपाट/क्रिया का पुरान टोपी एवं हमारा का बोध का विषय है और "कॉशिका राजवंश" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायज नहीं है। इसलिए हमारा प्रश्न में टोपी के इलाज मुक्त और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी टोपी एवं हमारा को टोपी और "कॉशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

पन्नीकट्टी के लिए संस्तुति

Date of Surgery
afternoon 4:30 pm

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 इलाक़ा का पता, र.

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

मम इ पद इत्यन्तान् अधिकान् अधिकान्

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

सुखी ललका ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

स्वामी रामदास २