

C18/01/0036

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

✓/0118/0766

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

08/01/2018

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Sevaram

AGE-YEARS आयु-वर्ष

65

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कन्या का नाम

S/o Genda

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Jatan mohalla, Tehsil Chhatra

Dist Mathura, UP 281401

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

same as above



Preop Postop

(0766) Sevaram

OCCUPATION :

व्यवसाय

Farmer

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

10500/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. उम्मीद सहाय संलग्न

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	Sona	60	F	Wife
2	Ram	54	M	Son
3	Rakesh	38	M	Son
4	Rishu	30	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति 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 का 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 अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RF → Imsc
	LE → Imsc
	Surgery → (RF) Phaco with 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 ही गई सहायता राशि
1.	S.C.F.H	

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 Koahika 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 अपना बकाया है कि इस प्रकार से मिले गये सभी विद्यालय में व्यवस्था के अनुसार काम चल रहा है। यदि कोई विद्यालय एवं अध्यापक अलग-अलग बातें बताते हैं तो वे भी व्यवस्था निगरानी को जा सकते हैं।

2) ये दृष्टि जो साधारण तः "जीविका चालव्देशन", से रही ज़ रही है, उमका उल्लेख वही उल्लेख जो पूर्ण से लिखे किता खाने, जो इस प्रकरण में था गया है।

3) दो पक्षों के बीच एक निश्चित साधन होना यह प्रमाण को यह है, इस बात का अधिकतम संभव विस्तार किसी अन्य प्रोत्तिवर्धक/पक्षों के साथ से न हो गया है और न ही प्रमाण में भूला।

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.

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 in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रश्न पर अपने हकबल या अपनी ही राय लगाकर, मैं (अवेरक) अपने सहयोगी को बुद्धि बताऊँ हूँ कि "बंकिम" फाउंडेशन और उसकी ग्यारहवीं "को" अधिवृत्त बताते हैं कि पैरु नाम, पाठ, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में दिया है, उसे "बंकिम" समूह स्थानी, दान, समर्थन या दूसरी इस्तेमाल से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को दिखाने किसी भी प्रकार सम्भव नहीं है। इसलिए हमने जो निष्कर्ष निकाला है, उसे प्रश्न का विवरण ही बताते हैं। प्रश्न का जवाब से जवाब को निम्न "बंकिम फाउंडेशन" में ग्यारहवीं अधिवृत्त है।

2) वी (अनुराग) इस भाग से साहस्य हैं कि गेह धान, पत्त, जौटे और विधान जो कि सहायता के अर्थसे से प्रकृति है मुझे पदर: साहस्य का इकट्ठा नवी-अवगत। इस सार्वभौम "अनुराग" प्रथम उपायों व्यापारों का निर्माण अतिथि और अल्पकालीन होता।

अनुसंधान के इलाक़ों का अंशों का विवरण

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

इससे अधिकतम इस्तेमाल की ओर से मापदण्डों को "अतिरिक्त पाठ्यक्रम" में विहित कराया गया है। निम्नलिखित की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) बिना प्रकाश से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो कार्यलय और न ही पुलिस में विधिवे साक्ष्य किसी और साक्ष्यी संस्था या किसी अन्य व्यक्ति से उक्त टेलीफोन में लेने या ले रहे हैं, जैसा कि हमने "कॉरिडोर फाउन्डेशन" से विधायी/अविधायी उक्त के सम्बन्ध में "कॉरिडोर फाउन्डेशन" द्वारा मन्दर हेतु कि है। यदि "कॉरिडोर फाउन्डेशन" द्वारा साक्ष्य विधायी अधिकार/सम्बन्ध हेतु मन्दर नहीं किया जाता है तो असाक्ष्य किसी अन्य और साक्ष्यी संस्था या किसी अन्य सम्बन्ध से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस धृष्टि में कार्य फटा जाता है कि असाक्ष्य द्वितीय पद उक्त टेलीफोन में हेतु किसी और साक्ष्यी संस्था या किसी अन्य सम्बन्ध से नहीं लेता/लेती।

2. "कोरिका पाठान्देशन" से भी कई छात्रावास कोषों में विविध प्रकृति की है। ऐसी चर इसका ह्रास हो गई सत्य का बिन्दु एवं उपचार/प्रक्रिया का पुनर्गठन एवं इसका
को कोष का विवरण है और "कोरिका पाठान्देशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसीलिए इसका ह्रास से ऐसी को ह्रास मुक्त और अन्य जाने की सारी विनियमों से भी इसका ह्रास
की ऐसी और "कोरिका" की कोई प्रक्रिया या विनियमों इस मामले में नहीं होगी।

Date of Surgery अग्रेष्ठ की तिथि 8/01/2018	Dr. Ashwini Kumar MBBS, MS, FICO Reg. No. 66028 Time Date (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व तिथि	 (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इलाका अतिरिक्त अधिकारी
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
पक्षी FRONT 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नाम: TRUST 2

Exempel

2028