

C 1542/02/18

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य सेवापाल)

APPLICATION NO.:
आवेदन संख्या :

E 0718/0104

APPLICATION DATE:
आवेदन तिथि: 25/7/18NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम:

Omkali

AGE-YEARS वय-वर्ष:

70

SEX लिंग:

F

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

Rajpal

Koshika
foundation

Building Block of life



PRESENT RESIDENCE ADDRESS: बहुमान आवासीय पाल

Village - Henuka Tehsil - Banast

District - Bijnor, Uttar Pradesh

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: अपने आवासीय पाल

— CIS ABOVE —

Preop
0104Postop
OmkaliOCCUPATION:
अवसरपात्र

Farmer

MARRIED (शिवालिक) / UNMARRIED (अशिवालिक)

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय

54,000/-

(Attach Proof of Income)
(आय का मालिक संलग्न)

PAN No. स्ट्रेट लाइन संख्या

NA

NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

मम्मी आय कर रहा है (जो मात्र ही उस पर सही का निश्चय लगायें)

Yes / No
 नहीं

FAMILY DETAILS: परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	Satender	35	M	SON
2.	Shiv Kumar	35		
3.	Subhash	79		

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए विनाशी आवधार

BPL Card (Attach Card/Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष
मम्मी रेता के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाप इसी संलग्न करें)	अपने आप की प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाप इसी संलग्न करें)	उपरोक्त कार्ड (प्रमाण पत्र की छाप प्रति संलग्न करें)	

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे गंभीर विनाशी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आवासाला/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न		
1.	Diagnosis	RE-	IMSL
		LE-	PP
2.	Surgery	RE-	Phaco + IOL

ASSISTANCE BEING AVALIED 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 AVALIED वीर्य सहायता की
1.	VENU	

DECLARATION by APPLICANT: अप्पेलेंट द्वारा घोषणा पत्रः

- 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 हूं कि इस प्राप्ति में दिए गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवाद एवं कानून व्यापक चर्चा जाता है तो मेरी सहायता निम्न की तरफ बढ़ायी जाएगी।
- 2) मेरी द्वारा जैसा कि "कोशिका फाउंडेशन", से तो ज़रूर ही, उसका उपयोग उसी उद्देश्य के लिए विवाद लायेगा, जो इस प्राप्ति में भी आया है।
- 3) मैं दूसरे कानूनों के विवाद व्यापक होने की ज़रूरत की वज़ी नहीं है, उस दौरे का अनिवार्य या साधारण विवाद किसी अन्य घोषणाओंका बहुमत से न हो लिया है और न हो घोषणा में दूसरा

AGREEMENT by APPLICANT: (अप्पेलेंट द्वारा कराया)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 its 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 in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्राप्ति का अपने व्यापक या अपेक्षित को पुष्ट करता हूं एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ज्ञानीयों" को अधिकृत करता हूं कि मेरा नाम, पाता, पोती और जैसे विवरण इस प्राप्ति में दृष्टिगत है, उसे "कोशिका" शब्द, जाती, जन, व्यवसाय इत्यादि व्यापक से जुड़ी नियमितिहास और उच्चारणमें जैसे विवाद भी प्रसार व्याप्ति में प्राप्तिगत भावने के लिए अधिकृत है। ये प्राप्ति का विवरण मेरी इच्छा के गहरे या बाहर में जारी के लिए, "कोशिका फाउंडेशन" ने न्यायों अधिकृत है।
- 2) मैं (अप्पेलेंट) इस चाल में सहायता हूं कि मेरा नाम, पाता, पोती जैसे विवरण जैसे विवरण के उद्देश्यों से ज़रूरी हैं युक्त स्थान: सहायता का इकायत नहीं बनता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" शब्द उसके ज्ञानीय अधिकृत और व्यापकताएँ होती।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अप्पेलेंट को इसलाभ या अपेक्षित का विवाद

AGREEMENT by HOSPITAL: (इस्तमाल करना चाहा)

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.

- इसका अधिकृत, इसायारी की ओर से समर्थनोंको "कोशिका फाउंडेशन" से विवाद व्यापक होने विवादित की जाती है, जिसे इस (इस्तमाल) निवाप्ति करने से सन्तुष्ट बनाया जाता है।
- 1) यह कि न हो ज्ञानीय और न हो व्यापक में विवादित व्यापका किसी भी समाजी व्यवस्था के विरुद्ध अन्य संस्कृतों से उभयं दोनों भागोंमें लेणे का से रहे हैं, जैसे कि इसके "कोशिका फाउंडेशन" ने विवादित/विवादित उपकरण के व्यापक में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदर होने कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विवादित व्यापक का विवाद अन्य समाजी व्यवस्था के विवादित व्यापक से व्यापका लेने का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस पूर्ण में स्पष्ट करता जाता है कि अस्पताल विवादित व्यापक से दूर रखता है और समाजी व्यवस्था का विवादी अन्य समाजी व्यवस्था के विवादित व्यापक से दूर रखता है।
 2. "कोशिका फाउंडेशन" से नहीं गई सहायता कोणता विवादित व्यापकी की है। योगी-जा इस्तमाल द्वारा यी व्यापक सहायता का किये गये व्यापक व्यवस्था का उत्तर यी व्यापक सहायता को दूर रखता है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दस्ता नहीं है। इसकी इस्तमाल में दोनों दोनों सुना और अन्य जारी की गयी विवादित व्यापकी यी व्यापक सहायता की होती है। "कोशिका" को कई दूसरी व्यापका विवादित इस व्यापकों में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्कृति

Date of Surgery
अंगोरण की तारीख

DR. WANGCHUK DOMA

Consultant

(Name of Dr. & Registration No. with Stamp)
1/31 SHERIEN BEHALF OF HOSPITAL

JAGDISH JOSHI

Designation & Stamp of Authorised Signatory

1/31, Sherien Behalf of Hospital, Area,
प्रभाग वर्ग वर्ग इस्तमाल विवादित व्यापकी 7

For Internal Use of KOSHICA FOUNDATION

आनंदीक उपयोग है।

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामी इस्तमाल 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामी इस्तमाल 2