

C1632/8/18

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

E/0818/0133

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

27/8/18

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Rampyari

AGE-YEARS आयु-वर्ष

70

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कटुम्ब का नाम

Ranaji

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Vill No - A-442, J. Colony, Uttam Nagar

New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

the above



Preop

0133

Postop

Ram Pyari

OCCUPATION:

व्यवसाय

Labour

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

35,000/-

(Attach Proof of Income)

(आप का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. स्थायी 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 लगावें)

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.	Ravinder	35	M	Son
2.	Suresh	28	M	Son
	Two		Daughter	Married

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) 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 = RE - JMSE LE - JMSE
2.	Surgery = LE - STC + JOL

ASSISTANCE BEING AVAILED 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 AVAILED ली गई सहायता राशी
1.	Veno	

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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं/अथवा असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरी द्वारा जो साक्ष्य/एवम "कॉलिकल फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में था।
- 3) मैं स्पष्ट करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस एवम का अधिकतम संभव हिस्सा किसी अन्य कोटोनियन/कॉलोनीय कम्पनी से न ली जाये और न ही भविष्य में ली जाये।

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 in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रश्न पर अपने उत्तराक्षर या जवाब की शुरुआत करते हैं (आवेदक) अपनी समस्या को उचित करता है एवं "कोशिका फाटोडेशन और उसके न्यायीयों" को अधिकृत करता है कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में शामिल है, उसे "कोशिका" एम्प्लायर्स, दान, याचना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपस्थितियों को निम्न किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण और उत्तर को पत्रों या बाद में करने के लिए "कोशिका फाटोडेशन" व न्यायी अधिकृत है।

- 2) ये (अवेदक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, पता, फ़ोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके स्वामियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आपेदक के हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान

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 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.

इससे अधिकतर, हस्तधारी की ओर से मामले/दोषों को "कोरिक्ता फाउन्डेशन" से विशिष्ट सहायता हेतु विचारणा की जाती है, जिसे हम (हमself) भिन्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 4) यह कि न तो सर्वप्रथम और न ही अधिकतर में विधायक सहायक किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वीत से उच्च लेवेलमाले में लेगे या से रहे हैं, जैसे कि अपने "कोशिका फायनडेशन" से विमर्शित/विनित उक्त का सम्बन्ध में "कोशिका फायनडेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फायनडेशन" द्वारा स्थापित विनित अतिरिक्त/सम्बन्ध हेतु सम्भूर नहीं किया जाता है तो अन्ततः किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से स्थापना लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अन्ततः द्वितीय मदद उम्मा रोगी/प्यमले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य स्थापन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फटने-मरने" से लगे गई आवाजा कंपल विविध प्रकृति की है। ऐसी "क" हमेशातः इस दो नई सतह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का प्रारम्भ होती एवं हमेशातः के बीच का विषय है और "कोशिका फटने-मरने" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हमेशातः में ऐसी के प्रत्यक्ष सुझा और आने जाने को सारी जिम्मेदारी होती एवं हमेशातः की होती और "कोशिका" को कोई मुक्ति या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

28/8/18

DR. WANGCHUK DZIMA

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

TANUJA JOSHI
Managing Director

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

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

अन्तरिक उपकरणे हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

पुष्पमौ वसन्तः ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायमै हस्तक्षर २

Exempel

list