

C 1517 | 8 | 18

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.:
आवेदन संख्या :

E/0515/ 0148

APPLICATION DATE:
आवेदन तिथि:

Koshika
foundation
Building block of life

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम

Sewa Ram

AGE-YEARS आयु-वर्ष
75

SEX सिंह
M

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

Jumma.

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: कोम्पन आवासीय पड़ा
Village - Rathoda, Tehsil - Basant

District - Bagpat, Uttar
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाय आवासीय पड़ा

— 08 above —

Preop
0148Postop
Sewa Ram

OCCUPATION:
अवसराच

Labour

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय

45,000/-

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

NA

PAN No. स्ट्रीट छाता संख्या

NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर रहे हैं (जो मान्य हो उस पर सही का नियमन संपादी)

Yes / No
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS: परिवर्ति 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.	Udayveer	47	M	SON
2.	Devender	38		
3.	Rehtash	34		
4.	Anurad	30		

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनियोगी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेता के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को जापा भूलि संतुष्टि करें।)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अपन अव नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को जापा भूलि संतुष्टि करें।)	Ration Card (Attach Copy) उपपोषण कार्ड (प्रमाण पत्र को जापा भूलि संतुष्टि करें।)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विवरों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयुर्वाद/दायरियर से जारी की गई अतिवेदन सूची संतुष्टि
1.	Diagnosis — RL - IMSC LF - IMSC
2.	Surgery RL - STS + IOL

ASSISTANCE BEING AVALUED 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 AVALUED लों गई सहायता राशी
1	Venu	

DECLARATION by APPLICANT: अवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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 प्राप्ति मेरे लिये जिसका को अनुमति जल्द एवं दी गई है। यदि कोई विवाह एवं बयान अलग तरीका जाता है तो मेरे सहायता लिया की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता दी गई "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी लिए जो पूर्ण के लिये विवाह जारी, जो इस प्राप्ति मेरा जाता है।
- 3) मैं पुष्ट करता हूँ कि जिस सहायता द्वारा यह प्राप्ति की गई है, उस दी जाने वाली अविभावक या लकड़ी विवाह किसी अन्य प्रोटोकोलों/विधान कामयानी से न हो सकता है और न ही भविष्य में होता।

AGREEMENT by APPLICANT: (अवेदक द्वारा कारण)

- 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या जोड़े को जार रखता हूँ, मैं (अवेदक) अपनी सहायता को पुष्ट करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायिकों" को अधिकृत करता हूँ कि ये यह, यह, जोड़े और जो विवाह इस प्रकार मेरे पास है, उसे "कोशिका" एवं न्यायी, दान, वाचनात्मक दृष्टि उद्दीरण से जुड़ी गौतीर्थियाँ और उपस्थितियाँ के लिये विवाह की प्रकार याप्त्य से प्रभावित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकार का विवाह ये इतना कंगनते या बदले से करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (अवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, ज्ञान, जोड़े और विवाह जो कि सहायता के उद्देश्य से प्राप्ति है युक्त स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके न्यायिकों का विविध अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अवेदक के हस्ताक्षर या झेंडू का लिया

AGREEMENT by HOSPITAL: (हस्ताक्षर द्वारा कारण)

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.

इसपार, अधिकृत, हस्ताक्षरी और और से न्यायिकों को "कोशिका फाउंडेशन" से विविध सहायता हेतु विपरीता की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) लिया प्रकार से याप्त व संकेत करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही सम्बन्ध में विविध सहायता किसी गैर सहायती संस्थान या विवाही अन्य स्थान से उक्त संस्थानोंमें से लिये या ले दें तो, वैसों कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से विविधरित/विविध उचित के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मरम्मत हेतु किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सहायती संस्थान या विवाही अन्य स्थान से सहायता लेने का अधिकारा सुनिश्चित रखता है। इस पुष्ट में स्वयं कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मरम्मत उक्त गैर सहायती संस्थान या विवाही अन्य स्थान से नहीं होगा।

- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल विविध विविध उद्देश्यों की जाती है। ऐसी पर हस्ताक्षर द्वारा ये गई सहायता का विवेद गैर सहायता/विवाह का युग्मत दोनों एवं इसका को लोक वाला विवाह है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का जोड़े विवाह नहीं है। इसलिये हस्ताक्षर ने योगी के इतना मुक्ता और अपने जावे की जाती विविधता दोनों एवं इसका जी होती है और "कोशिका" को कोई मुनिका या विवेद दोनों इस सम्बन्ध में जी होती है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE:

संबोधी को लिये संस्तुति

Date of Surgery

अधिकृत की तारीख

30/05/15

DR. WANGCHUK DOMA

Consultant

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

WCHD ENTRE

1/31, Shekhar, Ghatkopar, Mumbai, Maharashtra, India, Pin Code - 400086

TANVIA JOSHI

Managing Director

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)

1/31, Shekhar, Ghatkopar, Mumbai, Maharashtra, India, Pin Code - 400086

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

FOR INTERNAL USE OF KOSHICA FOUNDATION

अन्तर्रिक्ष उपयोग है

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायी हस्ताक्षर 2