

C18/11/048

Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु अपील प्राप्ति		(Healthcare) (स्वास्थ्य सहायता)		
APPLICATION NO.: अपील नंबर :	✓ 1218 0865	APPLICATION DATE: विरोध दिन 05/12/2018		
NAME of APPLICANT: अपील का नाम	Niranjan Singh	AGE-YEARS वय-वर्ष 54 SEX लिंग M		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/स्त्री का नाम	S/o Mula Ram			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता Vill - No - Aranya Dist - Agro U.P 282007		Freel Posttop		
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : अस्ति आवासीय पता Same as above		(0865) Niranjan Singh		
OCCUPATION: पेशी	Farmer	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (विवाहित नहीं)		
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय	₹ 22500/-	(Attach Proof of Income) (आय का स्वाक्षर संदर्भ) NA		
PAN No. संघीय आय नंबर				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) आप आय वार्ता में (जो साधा हो उस पर सही का विवरण दिया गया)		Yes / No हाँ / 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 अपील के सम्बन्ध
1.	Renu Singh	50	F	Wife
2.	Jai Singh	29	M	Son
3.	Brun Singh	26	M	Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विवरि जाओ				
BPL Card (Attach Card/Copy) गरीबी रेखा के लिए इच्छा पत्र (इच्छा पत्र की जाति अस्ति संतुष्ट हो)	EWS Certificate (Attach Certificate/Copy) मध्य व्यवस्था की प्रधान वर्ग (इच्छा पत्र की जाति अस्ति संतुष्ट हो)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (इच्छा पत्र की जाति अस्ति संतुष्ट हो)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सब	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किस गले विवरि का उद्देश्य				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई ड्रीमिंट सूची संलग्न			
RF - TMAA				
LE - TMAA				
Surgery - (RF) SIC + TMA				
ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कहे अन्य सहायता किसी सम्पर्क संबंध में लिया गया हो?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALIED हो गई सहायता की मात्रा		
1	SCBH			

DECLARATION by APPLICANT **અર્પણ દ્વારા નોંધ કે**

- 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.
 - 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.
 - 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 काम के लिए जो काम में अपनी सेवा करता हूँ वह काम ऐसा ही है जो किसी वित्तीय समर्पण की जरूरत नहीं।

2) मैं इस के साथ ही "कलाकार यात्राकर्ता", न ही जा चुका हूँ, ताकि उसकी जीव और जीवन की पूर्ति के लिए किसी वित्तीय समर्पण, जो इस प्रकार हो सकता है, नहीं।

3) मैं पूर्ण काम के लिए जारी हो चुका हूँ, जो किसी का अधिकार न करना चाहिए वह काम के लिए किसी वित्तीय समर्पण करने की जरूरत नहीं।

AGREEMENT by APPLICANT (initials or name)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Kashika 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 Kashika Foundation and/or disseminating information about its activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Kashika 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 Kashika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस पर्याप्त विवरण के अनुसार मी जल्दी बहुत की पुष्टि करता हूँ कि "कॉशिका फाउंडेशन" ने अपने साथ ही मी से भाग ले, पोटी भी ने विवरण का रूप में "कॉशिका" एवं नाम, एवं, चक्रवाच दूसरे उद्देश्यों से जुड़ी विवरणों और वास्तविकों के लिए विद्यि भी छापा गया। इस प्राप्ति करने के लिए आवश्यक है। मी इस का विवरण भी इसमें दर्शाया था कि, मी काम के लिए "कॉशिका फाउंडेशन" का नामी अधिकृत है।

2) ३ (आठवें) यह काम के लिए है जो जल्दी, एवं, विद्यि भी विवरण के लिए विवरण के उद्देश्यों से जुड़ा है युक्त वास्तविक काम का विवरण नहीं करता। इस कामपर ऐसा "विवरण" जारी नहीं करता जो विद्यि भी विवरणी हो।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

THUMB IMPRESSION

AGREEMENT BY HOSPITAL (CONT'D ON BACK)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Kashika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & assert follows:

- 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.

अतः अपनी, उपलब्धी की बारे में जानकारी के "कोशिका चालान्डेश" में विवर समाप्त हो गयी है, तो इस (संस्करण) में इसका भी जानकारी दिया जाएगा।

1) यह फॉर्म को जरूरी और उसी परिवर्तन में विवर समाप्त किया जाए जो सभी संस्करण के विवर अपने समाप्त होने वाले संस्करणों में लिखे गए होंगे। ऐसे कि इस "कोशिका चालान्डेश" में विवरों/विवरों का उपलब्ध नहीं होता। इस फॉर्म के "कोशिका चालान्डेश" द्वारा ग्राहक किया जाने वाले "कोशिका चालान्डेश" द्वारा मानव विकास विभागोंमें सुनिश्चित नहीं किया जाता है तो आपको विवरों का उपलब्ध समाप्त विवर समाप्त होने वाले अधिकार द्वारा दिया जाता है। यह यूटिल न संघर्ष करना जाता है कि आपको दिया जाना जाता है तो आपको उपलब्ध किया जाना जाएगा।

2. "कोशिका चालान्डेश" में यह यूटिल संघर्ष विवर द्वारा दिया जाता है कि आपको यह विवरों का उपलब्ध नहीं एवं आपको उपलब्ध नहीं होता। "कोशिका चालान्डेश" द्वारा दिया जाना जाएगा विवरों का उपलब्ध होना विवरों के बारे में जानकारी द्वारा दिया जाना जाएगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

On the following pages

DR. ASHWINI KUMAR
MBBS MRCP FRCR

第8章 演示文稿

100

THE

Time—

Name of Dr. & Regn. Knotteth Sh.

नाम व कागजातीय का सुनाय गयी एवं दाखिल
 जावे सुनाय गयी जावे के बीच सही निपटाव करने के लिए

 (Name, Designation & Stamp of Administrator of Hospital
 on behalf of Hospital)
 नाम व कागजातीय का सुनाय गयी एवं दाखिल

FOR INTERNAL USE OF KOSHUKA FOUNDATION 2021-2022

SIGNATURE of TRUSTEE 1
SARAH JONES

SIGNATURE of TRUSTEE 2

Safaryal

SICR