

CIB/11/0482

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika
foundation
Building block of lifeAPPLICATION No.:
आवेदन संख्या: V/1218/0866APPLICATION DATE:
आवेदन तिथि 05/12/018NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम

Asaphi

AGE-YEARS आयु-वर्ष 69
SEX लिंग FFATHER/SPOUSE'S NAME:
पिता/पत्नी का नाम

D/o-Khecheru

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान निवास पता

Vdhar, Mant

Dist - Mathura D.P. - 281204

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION:
व्यवसाय

Housewife

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय

NA

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

PAN No. (यदि प्राप्त हो तो)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSED (Tick whichever is applicable)
क्या आप आय कर दाखल हैं (जो सत्य हो उस पर 'X' का चिह्न लगाएं)Yes / No
हां / 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.	Rodney Shyam	18 F	M	Husband
2.	Bhim sen	44	M	Son
3.	Safah	40	M	Son
4.	Dewandara	33	M	Son
5.	Premila Devi	30	F	Daughter

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे आय पर (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) अन्नपत्रिका कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये जाने वाली कार्य प्रवृत्ति:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	KE - TMAC
	LE - TMAC
	Surgery - (LE) CICA + TOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
एक प्रवृत्ति 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 जो गई सहायता राशि
1	SCHE	



Preob Postob

(0866) Asaphi

DECLARATION by APPLICANT: अर्थोपेक्षित

- DECLARATION by APPLICANT:** ☐ **Yes** ☐ **No**
- 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 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई गलतबाई एवं कथन गलत पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कौशिका फाउन्डेशन" से मिले गए पैसे, उनका उपयोग करने उद्देश्य को पूर्णतः मेरे द्वारा किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता से न तो वापस की जायेगी, न ही किसी या कम्पनी से वापस किया जायेगा और न ही किसी से वापस।

AGREEMENT by APPLICANT (संलग्नक ३/१४)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post-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 का उत्तर इसलिए दे सकते हैं कि मैं सहमत हूँ, मैं (अर्पितकर्ता) अपनी छवि के साथ-साथ मैंने "उद्देश्य" के लिए जो सहायता मांगी है, उसे "कौशिका फाउंडेशन और इसके समर्थकों" को उपयोग करने की अनुमति दे रहा हूँ। मैं (अर्पितकर्ता) यह स्वीकार करता हूँ कि मेरा नाम, पता, चित्र और अन्य विवरण इस प्रकार से कौशिका फाउंडेशन द्वारा प्रकाशित, प्रसारित, प्रसारित या किसी भी माध्यम पर प्रसारित किए जा सकते हैं, जिससे दानों को प्राप्त करने में मदद मिलेगी।
- 2) मैं (अर्पितकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, चित्र और अन्य विवरण केवल इसलिए ही उपयोग किए जा सकते हैं कि मैंने सहायता मांगी है। इस सहायता को जारी रखने का फैसला केवल कौशिका फाउंडेशन के समर्थकों के हाथ में होगा, और उनका निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आपका बच्चा बड़ा होगा, वह अपने माता-पिता का निधन

AGREEMENT by HOSPITAL (एम्बुलेंस शुल्क वसूली)

By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (do/does) heretofore affirm & accept following:

- 2) The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/produced 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.

31. The Hurdle.

- [illegible]

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

सुखीकृती के लिए संस्तुति

Dr. Ashwini Kumar

MBBS MS FRCO

Reg. No. 66028

Time

Name of Dr. & Recn. Date with Stamp.

संस्कृत भाषा में लिखित है।

Name, Designation & Stamp of the Authorizing Officer

on behalf of Hospital
नाम व १८ इन्सुलिन अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

सभी प्रकार के वस्त्र

Exchanged

SIGNATURE of TRUSTEE 2

मागील वसंत ऋतूत

Rich