

C18/11/0504

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building trust of life

APPLICATION No. :
आवेदन संख्या :

V/1218/0869

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

05/12/18

NAME of APPLICANT :
आवेदक का नाम

Kamlesh Devi

AGE-YEARS आयु-वर्ष

49

SEX लिंग

F

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

D/o - Pooran Chand

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता

Sri Dharm Colony, Kail

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 करें)

NA

PAN No. क्या है/क्या नहीं है

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय का दाता हैं (जो मान्य हो उस पर तिकी का निशान 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.	Rameshwar Dayal	53	M	Husband
2.	Kuldeep	19	M	Son
3.	Munraj	22	F	Son
4.	Munesh	17	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
आवश्यकता के लिये विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश के नीचे आय का (आय पर की जाय प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (आय पर की जाय प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (आय पर की जाय प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु दिने गए निम्न का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन/पुष्टि संलग्न
	RE - TMSC
	LE - TMSC
	Surgery - (LE) Sica + Jol

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

एक उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुकी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED सी गई सहायता का राशि
1	SCEH	

DECLARATION by APPLICANT: **आवेदन दाता घोषणा करे:**

- 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 पर बताना हूँ कि इस प्रकार से दिए गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य अथवा असत्य पाया जाता है तो मेरी सम्पत्ति निम्न को नकार दी जाएगी।
- 2) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो राशि मिलेगी, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकार से परा होगा है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं इस सम्पत्ति हेतु या अर्थपत्र को नही हूँ, इस राशि का अर्थपत्र या अर्थपत्र किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इन्सुरेन्स कंपनी से न ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (10004 228 4731)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) herewith agree to authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-up/produce 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 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 Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न पर उत्तर देना या उत्तर न देना आपका अधिकार है। (आवेदक) अपने नाम की छवि कल (एवं) "कोशिका" फाउंडेशन और उसके त्रुस्टियों * को अधिकृत करता है कि वे वेब, पत्र, फोटो और भी विचार इस प्रश्न में शामिल हैं, उसे "कोशिका" द्वारा पत्र, पत्र, पत्र/पत्र द्वारा इलेक्ट्रॉनिक से कुछ सीमित/सीमित और अनसीमित के लिए किसी भी उद्देश्य के लिए उपयोग करने में लिए अधिकृत है। वे इस का विचार में इसका उपयोग करने या कर में करने में लिए "कोशिका फाउंडेशन" व त्रुस्टियों अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत है कि वेब, पत्र, फोटो और विचार को कि आपका अधिकार है त्रुस्टियों से अधिक है। आपका का अधिकार नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा त्रुस्टियों का निर्णय अंतिम और अपील योग्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अथवा वे स्वयं या अर्द्ध या विना

कमलेश

AGREEMENT by HOSPITAL: (HSPH001 000 0000)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.

हमारे अधिवक्ता, इलाहाबाद की अदालत में मुकदमा/संगी को "कोशिका प्रशासक" से बदलने का फैसला कर चुके हैं, जिसे जेल (प्रशासन) मिल सकता है या नहीं। यह फैसला अभी है।

1. वह कि न हो अधिक और न हो अधिक न मिलि मायास किरी तै साकारी संस्था न किरी अन्य साधन से उभा लेने-पुनर्ले में लेने न हो है, केरी कि अपने "कोशिका पायनदेन" से विकसित/विनिर्गत उभा की संस्था में "कोशिका पायनदेन" द्वारा लपट है कि है। यदि "कोशिका पायनदेन" द्वारा मायास किरी अधिक/अवकाश से लपट नहीं किता जात है तो मायास किरी अन्य तै साकारी संस्था न किरी अन्य साधन से मायास लेने का अधिकार सुनिश्चित रहता है। इस सुनि में स्पष्ट कहा जाना है कि मायास विनिर्गत यात उभा लेने/पुनर्ले से किरी तै साकारी संस्था न किरी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका पायनदेन" से लेने एवं साधन से किरी विनिर्गत प्रकृति की है। ऐसी का इस्तेमाल द्वारा दो-एक साधन न किने से उपकरण/विनिर्गत का पुनर्ले लेने एवं इस्तेमाल से लेने का विषय है और "कोशिका पायनदेन" द्वारा किरी उभा का कोई उद्देश्य नहीं है। इसीसे इस्तेमाल में ऐसी की उभाक पुनर्ले और जाने जाने की सारी विधि-विधान को लेने और "कोशिका" को कोई सुविधा न किने/लेने इस मामले में नहीं होगी।
- 

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

पुष्पिकाणी : जे. विप. संस्कृति

Dr. Ashwini Kumar

MBS/MS FICO

Reg. No. 66028

Test

Quilts With Stencils

(Name of Dr. X. Remy: Quigley With Stamp)

आपका नाम क्या है ?

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory
on behalf of Hospital)

आम्र ११ १२८ वसुधैव कुटुम्बकम् अभिषुक्त अभिषुक्ता

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION. अन्तरिक उपयोग के लिए।

SIGNATURE of TRUSTEE 1

— WATSON —

SIGNATURE of TRUSTEE 2

अन्योऽप्युपनिषद्भिः ॥