

C10/11/0433

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation

Building Block of Life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

V/1218/0882

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

06/12/08

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Dalo Devi

AGE-YEARS आयु-वर्ष

68

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पति का नाम

D/o - Buddhi

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Mahakhas, Maho

Dist- Hathras Dist-204-212

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 प्रमाण संलग्न)

NA

PAN No. (यदि प्राप्त हो)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर चिह्न लगाएं)

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 से संबंध
1.	Gopal Das	68	M	Husband
2.	Kalicharan	43	M	Son
3.	Vijju	40	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) सबसे गरीबों के नाम पर प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे क्या निम्नों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached: अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिलिपि सूची संलग्न
	KE - IMAL
	LE - IMAL
	Surgery - (KE Stomach + Leg)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली जा रही है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कितनी राशि सहायता मिल रही है
1	SCEH	



Preop Postop

(0882) Dalo Devi

DECLARATION by APPLICANT: **ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ ਦੇ ਪ੍ਰੋਫਾਨਾ ਹੋ:**

- 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 Kishika 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 योचन करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं भरण अथवा खर्च गलत है तो मेरी आवेदन पत्र को खारिज कर दिया जायेगा।
- 2) मैं दृढ़ता से योचन करता हूँ कि "कौशल विकास योजना", के तहत जो राशि है, इसका उपयोग उन्ही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- 3) मैं योचन करता हूँ कि जिस राशि का हेतु यह प्रश्न में है, उस राशि को कौशल या सहायता किसी अन्य संगठन/योजना/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही लेना है।

AGREEMENT by APPLICANT (attach to WFO)

- 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/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 it's 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या मुद्रा के साथ सहमत होकर मैं (अर्शियक) अपनी स्थायी को मुद्रित करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रकार में प्रयोग करेंगे, जहाँ "कोशिका" दान, प्राप्ति, दान, प्राप्तिकारक पुस्तों इत्यादि से जुड़ी विविधियाँ और उपलब्धियों को दिखाने के लिए प्रसार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण भी हस्ताक्षर के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शियक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के लक्ष्यों से संबंधित हैं उन्हें स्वतः सहायता का उत्तरदायी नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसके निर्देशों का निरीक्षण किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION _____

अपेक्षा से गुजरना या सीढ़ी का पियर



AGREEMENT by HOSPITAL: (एम्पलुई द्वारा स्वीकृत)

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.

इसके अतिरिक्त, इस्लामी की ओर से गान्धेजी की "अहिंसा प्राम्थेय" से मिलित सहयोग हेतु निम्नलिखित की जाती है, जिसे हम (हमारे) मिल प्रकाश से मान्य व अस्वीकार करते हैं।

- [illegible]

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

સાચી જોડણી

Date of Surgery
 2014-01-01

07/12/018

The Ashwini Kumar

MBA, MS, FICO

Reg. No. 66028

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

हस्तों का मध्य व इशाना व द्वाि. न.

(Name, Designation & Stamp of Hospital Authority
on behalf of Hospital)

सामान्य एवं विशेष प्रमाणों के आधार पर अधिवाहक अधिवाहक

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 1

— 188 —

Erklärung

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायौ इत्यत्र २

list