

C18] 110557



APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

(कार्यपाली के द्वारा आवेदन प्राप्ति)

(Healthcare)

(कार्यपाली देखियाणा)

APPLICATION NO.:

✓12180886

APPLICATION DATE:

अप्रैल २०१८

07/12/18

NAME of APPLICANT:

राजेश कुमार

Satyanarayana

AGE (YEARS):

वर्ष

62

SEX:

महिला

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिंडिकरुम का नाम

Chhatil Rihani

AGE (YEARS):

वर्ष

62

SEX:

महिला

PRESENT RESIDENCE ADDRESS:

कार्यपाली के समानांग वाला

Mohan Mehta वाला Vrindavan

District - Mathura (U.P.), 281121

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थान वाला वाला

Same as above



Prekop Postop

(0886) Satyanarayana

OCCUPATION:

Farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (विवाहित नहीं)

TOTAL ANNUAL INCOME:

2150/-

(Attach Proof of Income)

(आप का साल में भलान)

NA

PAN No. स्ट्रीट का संख्या

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

आप आय असेस का वाला है (ये वाला हो सकता है विवाह वाला)

Yes / No

हाँ / नहीं



FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) वर्ष (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant उपरोक्त के साथ सम्बन्ध
1.	Satyanarayana	53	F	Wife
2.	Moti bhabhi	28	M	Son
3.	Lokesh	23	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

विवाह वाले विवाह वाले

BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof
आपकी इसकी लिए इसका चारा (इसका चारा की लागत भी भलान की)	आपकी इसकी लिए इसका चारा (इसका चारा की लागत भी भलान की)	आपकी इसकी लिए इसका चारा (इसका चारा की लागत भी भलान की)	जन पर्क सभ्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

मार्ग द्वारा दिए गए विवाह का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/कार्यालय से जारी की गई डिजिटल सूची संग्रह
	RE - TDR
	LE - RR
	Surgery - (RE) SGS + TOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के लिए किसी और सहायता विवाह वाले सभी से लिए गये हैं?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य सभी का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सभी का सहायता मात्रा
1.	SCEH	

DECLARATION by APPLICANT: अप्पिकेंट द्वारा घोषणा करें:

- 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.
- मैं प्राप्ति कार्य के लिए इस बहाने से नहीं कोई वित्ती सहायता को उपयोग करने वाली हूँ। परं कोई वित्ती एवं कानून अनुबंध कार्य के लिए उपयोग वित्ती को नहीं करता है।
- मैं इस बहाने से "कोशिका भावनाम", के लिए नहीं हूँ, जबकि उपर्युक्त एवं उत्तराधीन वित्ती का उपयोग नहीं करता है।
- मैं उपर्युक्त कार्य के लिए उपयोग एवं उपर्युक्त कार्य के लिए उपयोग वित्ती का उपयोग वित्ती का उपयोग नहीं करता है।

AGREEMENT by APPLICANT: अप्पिकेंट द्वारा करें:

- 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.
- 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.
- इस प्रकार मैं अप्पिकेंट के लिए नहीं कोई उपयोग कार्य के लिए "कोशिका भावनाम" को उपयोग कार्य के लिए नहीं करता हूँ, जिसके लिए इस बहाने से उपयोग करने की विचारना एवं उपयोग करने के लिए उपयोग करने के लिए निषिद्ध है। मैं "कोशिका" कार्य की, एवं उपयोग कुली आदेशों के उपर्युक्त कार्य के लिए उपयोग करने के लिए "कोशिका भावनाम" के लिए निषिद्ध है।
- मैं (अप्पिकेंट) इस बहाने से उपयोग के लिए नहीं, एवं, नहीं कोई वित्ती का उपयोग एवं उपयोग करने की विचारना एवं उपयोग करने के लिए "कोशिका" कार्य की विचारना एवं उपयोग करने की विचारना नहीं करता हूँ।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
अप्पिकेंट के नाम पर लगाए गए छाप

G.P. KALYAN

AGREEMENT by HOSPITAL: अस्पताल द्वारा करें:

- 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:
- 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.
 - 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.
 - इस अस्पताल की ओर से अप्पिकेंट को "कोशिका भावनाम" से उपयोग करने से विचारना की जाती है। ऐसे ही अस्पताल में यान्देरा कार्य का लिए उपयोग करने की विचारना को अस्पताल की ओर से उपयोग करने से उपयोग करने के लिए निषिद्ध किया जाता है। अस्पताल की ओर से उपयोग करने के लिए "कोशिका भावनाम" द्वारा नहीं होता है। ऐसे ही अस्पताल की ओर से उपयोग करने के लिए "कोशिका भावनाम" द्वारा नहीं होता है। ऐसे ही अस्पताल की ओर से उपयोग करने के लिए "कोशिका" की कार्य की विचारना एवं उपयोग करने की विचारना नहीं होती है।
 - "कोशिका भावनाम" से नहीं उपयोग करना विविध प्रकृति की है। कोई एवं अस्पताल द्वारा एवं नहीं उपयोग करना विविध प्रकृति की है। ऐसे ही अस्पताल द्वारा एवं नहीं उपयोग करना विविध प्रकृति की है। ऐसे ही अस्पताल द्वारा एवं नहीं उपयोग करना विविध प्रकृति की है। ऐसे ही अस्पताल द्वारा एवं नहीं उपयोग करना विविध प्रकृति की है।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
अस्पताल को लिए संकेतिः**

Dr. Ashwini Kumar
MBBS MS FICO
Reg. No. 66028

(Name, Designation & Stamp of Approved Signatory
on behalf of Hospital)
नाम, वर्ग एवं अस्पताल की अधिकारी अधिकारी



FOR INTERNAL USE of KOSHICA FOUNDATION

अन्तर्भूत उपयोग के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नाम: अधिकारी 1

S. Sengar

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नाम: अधिकारी 2

S. Sengar