

C18/12/0183

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता के लिए अपरिवेक्षक प्राप्ति(Healthcare)  
(स्वास्थ्य सेवाएँ)APPLICATION NO.:  
संवेदन का संख्या : V/1218/0892APPLICATION DATE:  
संवेदन की तिथि 10/12/2018NAME OF APPLICANT:  
नाम का नम्बर Lal SinghAGE-YEARS: ६६ साल  
SEX: MaleFATHER'S/SPOUSE'S NAME:  
पिता/स्त्री का नाम Richai

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वास स्थान का नाम

Nagla Village Sardh, Bajod, Mathura, UP, 281301

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थान का नाम

Same as above

OCCUPATION: विवरण Unemployed

MARRIED (गिरिया) / UNMARRIED (बिहिनी)

TOTAL ANNUAL INCOME:  
साल का कुल आय NA(Attach Proof of Income)  
(आय का साक्षण संहारण)

PAN NO. एपीएन नंबर

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE? (Tick whichever is applicable)  
आपको जरूरी आय का नाम है (जैसे यह आपका उम्र या शर्ती का नियम समावै)Yes / No  
हाँ / नहीं ✓

## FAMILY DETAILS: परिवार की जांच

Sr. No. अनु संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant परिवार के सदस्य का जड़पति
1	Sunitra	40	F	Wife
2	Hemraj	32	M	Son
3	Tinku	30	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
आपको कौन सी विधि दिलाई जाएगी

EPL Card (Attach Card Copy)	IWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof जानकारी कीजिए
गर्भवती रेता के लिए इसका नाम (इसका नाम की जाए तभी लिखें)	कर्म वाली इसका नाम (इसका नाम की जाए तभी लिखें)	उत्पादक कार्ड (इसका नाम की जाए तभी लिखें)	

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
आपको कौन सी विधि का जरूरत:

Sr. No. अनु संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached जल्दी जारी की गई डॉक्टर द्वारा दिलाई गई चिकित्सा की जांच की जाएगी
	RE - RE
	TE - IMAc
	Surgey - (RE) SICK + TEL

ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश के लिए कौन सी सहायता किये जाने वाले तिक्के हैं?

Sr. No. अनु संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALIED जी यह सहायता की
1	SCEH	



Preop Postop

(0892) Lal Singh

**DECLARATION by APPLICANT: (भवेत् द्वारा घोषणा)**

- 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.
- 4) मैं अपने कहा हूँ कि यह अप्रैल 6 तक मैं निम्न सेवा कानूनी एवं अनुचित समर्थन की अपेक्षा नहीं करता हूँ। जो ऐसी विवरण की कठाना आवश्यक नहीं है तो मैं उसका विवर भी नहीं करता हूँ।
- 5) मैं इस विवरण की "कोशिका प्राप्तिकारी", मैं तो बोलता हूँ, उसका प्राप्तिकारी अपने गोदान की तुली विवर दर्शाता है, जो इस प्रकार है यह एक विवर है।
- 6) मैं तुम्हें कहा हूँ कि विवर वाला हूँ यह अपने की तुली है, जो एक विवर है जो एक विवर है।

**AGREEMENT by APPLICANT: (अधिकार द्वारा करता)**

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use publish/give-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 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.
- 3) इस दस्तावेज़ में अपने नामका एवं अपने जीवन का विवर, जो "कोशिका प्राप्तिकारी" की अपेक्षा करता है यह सेवा कानूनी एवं अनुचित समर्थन की अपेक्षा है, जो "कोशिका" एवं नाम, एवं विवरण द्वारा दर्शाये गये अपेक्षा एवं अनुचित समर्थन की अपेक्षा है, जो इस विवरण की अपेक्षा एवं अनुचित समर्थन की अपेक्षा है। यह अपने नामका एवं विवरण की अपेक्षा एवं अनुचित समर्थन की अपेक्षा है, जो इस विवरण की अपेक्षा एवं अनुचित समर्थन की अपेक्षा है।
- 4) मैं (अधिकारी) इस विवरण की अपेक्षा एवं विवरण की अपेक्षा एवं अनुचित समर्थन की अपेक्षा है, जो इस विवरण की अपेक्षा एवं अनुचित समर्थन की अपेक्षा है।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

अधिकारी का नाम एवं विवरण की अपेक्षा का विवरण

**AGREEMENT by HOSPITAL: (हस्पताल द्वारा करता)**

By affixing hereunder, signature of our Authorised 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 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 this matter.
- इसी अधिकारी, अपनाएं अपने नामका एवं विवरण की अपेक्षा एवं अनुचित समर्थन की अपेक्षा है, जो इस (हस्पताल) द्वारा प्रकाश में वाला एवं विवरण करता है।
- 1) यह विवरण आपकी अपेक्षा एवं अनुचित समर्थन की अपेक्षा है, जो अपने नामका एवं विवरण की अपेक्षा है, जो इस विवरण की अपेक्षा एवं अनुचित समर्थन की अपेक्षा है। यह "कोशिका प्राप्तिकारी" एवं विवरण की अपेक्षा एवं अनुचित समर्थन की अपेक्षा है, जो इस विवरण की अपेक्षा एवं अनुचित समर्थन की अपेक्षा है। यह अपेक्षा एवं अनुचित समर्थन की अपेक्षा है, जो इस विवरण की अपेक्षा एवं अनुचित समर्थन की अपेक्षा है।
- 2) "कोशिका प्राप्तिकारी" में जो विवरण दर्शाये गये हैं, वह अपने नामका एवं विवरण की अपेक्षा एवं अनुचित समर्थन की अपेक्षा है। यह "कोशिका प्राप्तिकारी" में दर्शाये गये विवरण की अपेक्षा एवं अनुचित समर्थन की अपेक्षा है। यह अपेक्षा एवं अनुचित समर्थन की अपेक्षा है।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

नियमिती के लिए स्वीकृति  
**Dr. Ashwini Kulkarni**

MEBS MS.FICO  
Reg. No. 66326  
Time \_\_\_\_\_



(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
दर्शक का नाम एवं रजिस्ट्रेशन नं. दर्शाता है।

FOR INTERNAL USE of KOSHICA FOUNDATION

अन्तर्भूत उपयोग के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
नामी उपरी 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
नामी उपरी 2