

C18/12/0321

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building Stock of life
APPLICATION No. : V/1218/0928
आवेदन संख्या :APPLICATION DATE : 14/12/18
आवेदन तिथिNAME of APPLICANT :
आवेदन का नाम

Kulawati Devi

AGE-YEARS आयु-वर्ष

63

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

D/o - Charan Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवास पता

Inarhi Bhagata, Talsiga

Distt - Hathras, U.P. 201302

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

Same as above



Preop Postop

(0928) Kulawati Peri

OCCUPATION :

व्यवसाय

House wife

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

NA

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न करें)

NA

PAN No. सॉफ्ट कॉपी संलग्न

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

क्या आप आय कर दाता हैं (को यहाँ डी टिक करें जो सही का विवरण संपूर्ण)

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 आवेदन के साथ सम्बन्ध
1	Narayan Singh	67	M	Husband
2	Chandrapal	39	M	Son
3	Gharaj Singh	34	M	Son
4	Veerpal	31	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) रटीसी कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आयु वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विवरण का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रक्रियेदन सूची संलग्न
	RE - P.P.
	LE - T.M.C.
	Surgery - (16) S.C.S + T.C.L.

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य को 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 एवं एवं सहायता राशि
1	SCEN	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक हुन प्रमाण पत्र:

- DECLARATION by APPLICANT:** **अवेक दुःख पति:**
- 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 यहाँ पर बता रहा हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान दूँगा तो मेरी प्रार्थना और मेरी मदद का प्रयोजन हीन हो जाएगा।
- 2) मैं यहाँ पर गंभीरतापूर्वक कह रहा हूँ कि यदि मैंने कृशिका फाउंडेशन से कोई भी मदद प्राप्त की है, तो मैं उसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही प्रयोग करूँगा, जिस उद्देश्य के लिए मैंने मदद माँगी थी।
- 3) मैं यहाँ पर गंभीरतापूर्वक कह रहा हूँ कि मैंने और भविष्य में भी किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से उस मदद के लिए कोई भी रिफंड/पैसे वापस नहीं माँगे।

AGREEMENT by APPLICANT (with the DPA and the DPA)

- 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 fulfillment of the "purpose" for which assistance is being requested.

- [illegible]

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अधिकारों के समर्थन में लोगों का विचार



AGREEMENT by HOSPITAL (FURNISH IN FULL)

By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending the applicant for financial assistance from Keshika Foundation, we (Practitioner) hereby affirm & accept following:

- 1) 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.

इसी अविज्ञान, असमर्थता की ओर से जगज्जलेश्वरी को "कलिका गायत्री" की स्थिति सामना हो चुकती थी। जिसे इस (इन्द्राणा) विषय प्रकाश से मान्य व स्वीकारा करते हैं।

- 1) यह कि न तो संविधान और न ही अधिकांश विद्वानों का मानना है कि संविधान के अंतर्गत ही राज्य का अस्तित्व होता है, बल्कि यह कि राज्य का अस्तित्व संविधान के अभाव में भी हो सकता है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Dr. Ashwini Kumar

LIBRARY

MSB-131-100
Rev. No. 01/08

140

Date:

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

आपका नाम है: _____

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

आपका यह पत्र हमें बहुत अच्छे से मिला।

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

सांख्यिक प्रयोग के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 1

ज्याही इलाकातही

Exchanged

SIGNATURE of TRUSTEE 2

Figure 2

list