

CIE/12/0293

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्राप्ति

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION NO.: V/1218/0936

APPLICATION DATE  
आवेदन तिथि 17/12/18NAME OF APPLICANT:  
आवेदक का नाम

Rama Devi

AGE/YEARS वय/वर्ष 95

SEX लिंग F

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

D/o - Babla

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान स्थायी ठाकुर

Ganeshwari Jada, Farid

Distt - Mathura, U.P., 221122

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: पर्याप्त स्थायी ठाकुर

Same as above.



POST/PROOF HERE

Post/Post

(0936) Rama Devi

OCCUPATION:

House wife

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (विवाहित नहीं)

TOTAL ANNUAL INCOME:

NA

(Attach Proof of Income)

(अपने का साधा प्रमाण)

NA

PAN No. संख्या संलग्न

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
मम आप आप का राज है (जो यहाँ ही उस पर लिखी गई विवर सहाय)

Yes / No

हाँ / नहीं ✓

## FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1	Sak Laxmi	late	M	Husband
2	Brij	late	M	Son
3	Kailash	5.3	M	Son
4	Balkishan	4.9	M	Son
5	Premwati	4.3	F	Daughter
6	Rushmi	4.0	F	Daughter

BASIS FOR REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
आवेदन के लिए चिन्हित अवधारणा

EPL Card (Attach Card/Copy)	EWS-Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof अन्य कठोर सहाय
पर्याप्त रोक्य के लिए उपलब्ध नहीं (उपलब्ध रोक की साथ भी संलग्न नहीं)	अपने अपने की प्रधान पर्याप्त रोक की साथ प्रधान संलग्न नहीं	उपलब्ध रोक की साथ भी संलग्न नहीं	अन्य कठोर सहाय

## PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE

मम इन लिए लिए आवेदन का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/दौकान से लिए गए नहीं प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RF - TOL
	LF - TOL
	Surgery - (RF) Sicks + TOL

ASSISTANCE BEING AVOIDED FOR SAME "PURPOSE" FROM OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVOIDED ही तक नहीं दिया
1.	SCAH	

**DECLARATION by APPLICANT:** मार्गदर्शक प्राप्ति विभाग द्वारा

- 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 Kashika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assist, 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 am, for which this assistance is requested.

(1) मेरा कहना है कि इस प्रकाश में दिए गए सभी विवरों को सच्चाय तथा सत्य रखा है। ऐसे कोई विवर ऐसे सच्चाय नहीं रखा है जो कोई अपार्टमेंट की जाहिरत है।

(2) मेरा कहना है कि "वित्तीय व्यवस्था", जो भी न हो रही, साक्षर तात्पुरता वाली गोपनीयता नहीं रखती जो कि आपको उसे देती है।

(3) मेरा कहना है कि इस प्रकाश में दिए गए विवरों को नहीं है। यह विवर एक विवर है जो कि कोई विवर नहीं रखता है जो कि आपको उसे देता है।

**AGREEMENT by APPLICANT (DRAFT 2010)**

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publicity/gut-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.

1) यह पत्र का अन्तीम रूपान्तर सभी की प्राप्त तात्परा, मेरे (आवेदक) अपनी संपत्ति की पुष्टि करने के लिए "कोशिका चारोंदेश की उपलब्ध वापर" को अधिकृत बनाना, जो आपने मेरी की विवरण पर प्रकार में लिखा है, जो "कोशिका" एक व्यापी, दारा, चक्रवाच एवं दृष्टे उद्देश से जुड़ी गतिविधि और उत्तराधिकारों के लिए विभिन्न भौतिक व्यवसायों में प्रयोग करने के लिए विविधता है। मेरे प्राप्त का विवरण की पुष्टि के प्राप्ति के बाहर मेरे जारी की विवरण "कोशिका चारोंदेश" के व्यापी विविधता है।

2) मेरे (आवेदक) इस पत्र के सम्मान के लिए कोशिका, जारी की विवरण की विवरण की उपलब्धता की उद्दृष्टि से लाभित है तुझे साथ चारोंदेश की उपलब्ध वापर की "कोशिका" एक व्यापी गतिविधि का विवरण दिलाना और व्यापकी है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMBPRINT



AGREEMENT BY HOSPITAL (CONT'D. ON BACK)

By affixing his/her/their signature, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Rashika Foundation, we (Hospital/Institute) 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.

जल्दी अपनी बालकों की जरूरतों पर ध्यान दें। "बोलोला फलवेशन" से विविध सामग्री के खिलाफ जीवन है। इसे इन (अमरीका) ने भवति की मार्ग व अधिकार करते हैं।

१३ यह कि न ही अधिक बड़ा न ही अधिक ये विभिन्न सामाजिक विद्यों पर आधारित मिशनों पर विभिन्न अन्य विद्याएँ ही उक्त सामाजिक विद्याओं में लगी थीं जो ही हैं। ऐसे कि हमने “वैदिकवाद प्रत्यक्षवाद” वे विभिन्न विद्याओं विशेष रूप से “वैदिकवाद प्रत्यक्षवाद” इस पर बेहुले हैं। ऐसे “वैदिकवाद प्रत्यक्षवाद” इस सामाजिक विद्याओं विशेष रूप से सामाजिक विद्याओं विशेष रूप से सामाजिक विद्याओं से जुड़ा होता है। यह अधिक में अपने बहाव बहाव जाता है कि असामाजिक विभिन्न विद्याओं में सामाजिक विद्याएँ अपने बहाव बहाव हैं।

२. "स्ट्रोक्स फायरेस" के सी एंड लाइफ सेवर्स विविध प्रकृति की है। उनीं या इनमें से गई जल्दी व जिसी तरह उत्तम प्रदर्शन का मुख्य दीर्घ वार्षिका।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वास्थ्य एवं विष शास्त्री

(Name, Designation & Stamp of ~~Medical Officer~~ ~~Hospital~~  
on behalf of Hospital)  
**महाराष्ट्र राज्य अस्पताल**

Date of Surgery अंडां की तोला	Dr. Ashwini Kumar MBBS MS FICO Reg. No. 66028 Time _____ Date _____ Name of Dr. & Regn. No. with Stamp ट्रॉफी अंडा व स्टेम्प नं. ६६०२८	 B * अंडां की तोला अस्पताल [Note: Designation & Stamp of Doctor with Signature on behalf of Hospital] ट्रॉफी अंडा व स्टेम्प नं. ६६०२८
----------------------------------	--	--

FOR INTERNAL USE OF KOSHUKA FOUNDATION 勿對外發佈

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
SARAH E. FOX

SIGNATURE of TRUSTEE 2

Safary

eric R