

C1910810103

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building Block of Life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

C108191036

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

06.08.2019

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Kailasho

AGE-YEARS आयु-वर्ष

50

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

colo Rajpal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Vill- Tehsil Post + Tehsil -
Rampur Maujha Rampur Dist- Saharanpur
247451

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

As above

Pre Op Post op
036 Kailasho

OCCUPATION:

व्यवसाय

NA

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

55000

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. स्थायी खाता संख्या

NA

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मन्त्र हो उस पर सही का निशान लगायें)

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 के साथ सम्बन्ध
1	Rajpal	55	M	Husband
2	Raman	32	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवरी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रैखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय 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 साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विवरी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Diagnosis - RF - P.T.O.L LE - T.M.S.C.
2	Surgery - LE SICCS + T.O.L

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के 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 सी गई सहायता राशि
1	SCEH	

DECLARATION by APPLICANT: अर्जद्वारा दत्त घोषणा पत्र:

- 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.
- 1) मैं यहाँ पर कबल यह ही कि इस प्रश्न में मैंने सही जानकारी को प्रस्तुत करने का प्रयास किया है। यदि कोई विवरण सही रूप में प्रस्तुत नहीं है तो मेरी प्रार्थना निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर कबल यह ही कि "उद्देश्य" के अंतर्गत, जो मैंने इस फॉर्म में उल्लेख किया है, के लिए ही मैं इस सहायता को प्राप्त करूँगा/करूँगी।
- 3) मैं यहाँ पर कबल यह ही कि मैं किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से इस सहायता के लिए प्रार्थना नहीं करूँगा/करूँगी।

AGREEMENT by APPLICANT (अनुमति देने वाला)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's 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 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 is in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न पर अपने इसकाया पर अंकित की जाए लगाना, मैं (अर्हक) अपनी छाया की छवि काय हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासी" से अधिकृत काय हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में घोषित हैं, उसे "कोशिका" प्रत्येक न्यासी, दान, वाचनाय द्वारा वर्तमान से भुली पहिचानियों और उपायमियों के लिये किसी भी प्रकार कायय से प्रचारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इसकाय के खर्चे या काय से करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हक) इस काय से सायत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि साहाय्य के वर्तमान से अधिकृत है भुली काय। साहाय्य का कययारी नहीं काय। इस कायय में "कोशिका" प्रत्येक उसकाय न्यासीयों का निमित्त अधिकृत और काययकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अमेरिका में प्रसारित नए अर्सेनीक का विषय

RH self ()

AGREEMENT by HOSPITAL (WHICH IT WOULD)

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 the matter.

हमारे अधिवक्ता, इलाहाबाद की ओर से यादव/लौरी की "भोजिजा रायबन्धन" से विभिन्न सहायक डेटा निकटतम की जाती है, जिसे हम (इम्प्लोर) विन प्रकाश से प्राप्त व स्वीकार करते हैं।

- [illegible]

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

रखीकृती के लिए संसाधन

Date of Surgery

अपेक्षाओं को समझना/

06.08.2019

Dr. Abhay Gupta (DO, DNB)

Ref: 18000440-421219

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

आपका जन्म २००० में हुआ था।

VIVEK RANA

Administrator

(Name, Signature & Stamp of Authorized Signatory)

Emergency Hospital

सत्य व प्रेम केवल ही अखिर की ओर ले जाती है।

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी इमलज्वर ।

Erklärung

SIGNATURE of TRUSTEE 2

जहाँ जहाँ ३

Rich