

C19/09/0284

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation

Building block of life.

APPLICATION No.: V/0919/0610
आवेदन संख्या :APPLICATION DATE: 17/09/19
आवेदन तिथिNAME of APPLICANT: Prempal
आवेदक का नामAGE-YEARS आयु-वर्ष 75
SEX लिंग MFATHER'S/SPOUSE'S NAME: Shobharan
पिता/कन्या का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Nagda Handli, Bamda...

Distt- Hathras, U.P. 204213

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

Same as above

Bic of Post of
(0610) PrempalOCCUPATION: Unemployed
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: NA
कुल वार्षिक आय(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न) NA

PAN No. स्थाई आय संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)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 सम्बंध
1	Maya Devi	46	F	Wife
2	Kishor	45	M	Son
3	Sheela	43	F	Daughter
4	Rakhi	40	F	"
5	Ajay	36	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रधान पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रधान पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन चुपी संलग्न
	RE - JMSL
	LE - P.P.
	Surgery - (R) STCS + JMSL

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 लगे गई सहायता राशी
1	SCH	

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 धोखा खाता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण पूरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण पूर्णतः काल्पनिक तथा गलत है तो मेरी सहमति निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं द्वारा जो सहायता पत्र "कोविड प्रभावधरोह", से ली जा रही है, उसका उपयोग उन्नी उद्देश्य की पूर्ति के लिये दिया जायेगा, जो इस प्रश्न में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हो, यह प्रत्यक्ष की गई है, उस राशि का वारंटिक या सकल विवरण किसी अन्य को-विनियोजक/वैयक्तिक समर्थी से नहीं लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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 in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर के अंग्रेजी की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहायता की पुष्टि करता हूँ एवं "कॉलेजियल फार्मेशन और डायलॉग ग्राहकों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोने और को विभाग इस प्रश्न में संश्लिष्ट है, उसे "कॉलेजियल" राज्य स्कूलों, पार्क, वाचनालय क्लबों वगैरह से चुनी प्रतिनिधियों और उपस्थितियों के शिखे किसी भी प्रकार अधिका से प्रभावित करने के शिखे अधिकृत है। मेरे प्रश्न को विवरण मेरे हस्ताक्षर के पहले या बाद से करने के शिखे "कॉलेजियल फार्मेशन" से किसी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोने और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रशिक्षित है मुझे एसा: जानकारी का इस्तेमाल नहीं करता। इस संबंध में "कॉलेजियल" राज्य उसकी आवश्यकता का निर्देश अधिकृत और वाचनालय होता।

आवेष्टा की इसावधर यह अंगुठे का निशान

५१७

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:

- 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 अतिथिगत, इलाहाबादी की ओर से सम्मलेन/मेली की "कोरोनावायरस प्रभावित" से विभिन्न साक्ष्यक हेतु विचारविमर्श की जरूरत है, जिससे हम (हमारे) विभिन्न प्रकार से राज्य व समीक्षा करते हैं।

- 1) यह कि न तो सांख्य और न ही यदियम में शिष्य सहायता किसी भी साधारी संरक्षण या किसी अन्य उद्देश से उक्त लेखीयपत्रों में लेने का ले रहे हैं, बल्कि कि हमने "कोशिका पाठ-प्रेषण" से शिक्षाप्रशिक्षणित उक्त के सम्बंध में "कोशिका पाठ-प्रेषण" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका पाठ-प्रेषण" द्वारा प्राप्त की गई अधिकांशकतः हेतु तन्त्रु भी किच जहां है तो अन्ततः किसी अन्य भी साधारी संरक्षण या किसी अन्य संरक्षण से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अन्ततः शिष्य मदद उक्त लेखीयपत्रों हेतु किसी भी साधारी संरक्षण या किसी अन्य संरक्षण से नहीं लेता-लेगी।

2. "बौद्धिक जागरूकता" से हमें यह समझना होगा कि यह एक ऐसी प्रक्रिया है जो हमारे मन और भावों को नियंत्रित करती है। इससे हम अपने विचारों और भावों को सही ढंग से व्यक्त कर सकते हैं और दूसरों के साथ अच्छे संबंध बना सकते हैं।

सूचीकृतों के लिए संस्कृति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

19/09/19

Dr. ABHISHEK HANDA
09-35572

MCI No. - 09-30074

Signature of the Regt. No. with Stamp)
हस्ताक्षर का नाम व/हस्ताक्षर व रजि. नं.

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

नाम च परं हस्तगतं अधिकृतं अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्तधर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

पृष्ठ संख्या 2

Exempel

sent