

VRN-C705

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building Block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

V/1119/0735

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

2/11/19

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Ram Ratan Lal

AGE-YEARS वय-वर्ष

66

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कटुम्ब का नाम

Buddi Lal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता

Gowahd Nagar, Karingan

Dist- Ponnur, U.P. (205001)

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवास पता

Same as above



Pre op Post op

(0735) Ram Ratan Lal

OCCUPATION:

व्यवसाय

Farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

18000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. स्थायी खाता 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 लगायें):

Yes / No

हां / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक का साथ संबंध
(1)	Seeta Devi	69	F	Wife
(2)	Sakshi Devi	39	F	Daughter
(3)	Pinki Rani	37	F	Daughter
(4)	Peenam Kumari	34	F	Daughter
(5)	Preeti	32	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनंति आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनंती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached व्यक्तित्व/डाक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE - JMSI
	LE - P.P
	Surgery - (RE) STCS + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली जा रही है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि
1-	SCCH	

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, if applicable 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 यथासंभव सत्य हूँ कि इस प्रत्येक में दिए गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एक कारण अथवा पाया गया है तो सभी सहायता निस्स की जा सकती है।

2) मैं इस जो सहायता यदि "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग इसी हेतु के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकार में माग किया है।

3) मैं यथासंभव सत्य हूँ कि मैं इस सहायता से न तो भुगतान की नहीं है, उद्योग में न ही भुगतान या सहायता किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस कंपनी से न ही लिया है और न ही भुगतान में होगा।

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/produce 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 conditions 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.

1) इस प्रश्न का अपने हस्ताक्षर या संगठन की छाप लगाकर, मैं (जयदेव) अपनी सहपति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और ठकुरे नारायण" को अधिकृत करता हूँ कि यह पता, फोटो और कागज़ इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एम्पू न्यायो, राज, राजनय्य दूसरे वर्णन से तुम्हीं गतिविधियों और उत्पत्तियों में निम्ने विरोधी को न्याय पाव्या में शामिल करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे दायरे में पहले या बाद में काल में लिख "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायो अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा स्वीकार)

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.

हमारे नापिकृत, हताश्रुतों को और से पापले/बोली को "केशिका फाल-वैराग" से विरहित सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिससे इस (दृश्यतल) निम्न प्रकार से ध्यान व स्वीकृति करत है।

1) यह कि न तो प्रधान और न दो भाषियों में विविध सहपक्ष किसी नैऋत्य संस्था का किसी अन्य स्वरूप से उच्च योग्यताओं में होने या से होने है, जैसे कि इनके "कोशिका कावन्डरान" में विकसित-विशेषता तथा या सम्पन्न में "कोशिका कावन्डरान" द्वारा प्रदर्शित कि है। यदि "कोशिका कावन्डरान" द्वारा सहपक्ष किसी अधिक-सफल हो, मनुष्य नहीं किया गया है तो अस्मिता किसी अन्य गैर-साधारण संस्था का किसी अन्य स्वरूप से सहपक्ष होने का अभिप्राय प्रकटित करता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जात है कि अस्मिता द्वितीय और तथा योग्यताओं में किसी नैऋत्य संस्था या किसी अन्य स्वरूप से नहीं लेना/लेनी।

2. "कोशिक कालहंश" से ही यह साहजिक कल्पित प्रकृति की है। लोग पर इम्प्रेसन द्वारा ही यह सलाह या किये गये व्यवहार/प्रक्रिया का चुनाव लेने एवं हस्ताक्षर करने का विषय है और "कोशिक कालहंश" कुछ किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसलिए हमलात में लोग को इलाज सुरक्षा और आने जाने की सभी विषयों में ही एवं इम्प्रेसन को हाने और "कोशिक" की कोई प्रतिक्रिया या निष्पत्ति इस मामले में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

~~PR DEEYA AGRAWAL~~

CL No-58417

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

ह्यवयव जा नाम व इन्द्राक्ष व एवि न

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

नमः प पद इस्माल अभिबल अभिचारो

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी इत्यादि ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

यसी हस्ताक्ष ३