

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्राप्ति

(Healthcare)

(स्वास्थ्य रेखापाल)

APPLICATION No.: V/H/9/0738
आवेदन संख्या:APPLICATION DATE: 05/11/19
आवेदन तिथि:NAME of APPLICANT: Dyaresh
आवेदक का नामAGE-YEARS आयु-वर्ष: 51
SEX लिंग: MFATHER'S/SPOUSE'S NAME: Navasi
पिता/स्त्री का नामPRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान जावासीध पाठ
Neem Utsav, Raya

Dish - Mathur, U.P., 281204

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: पृष्ठ जावासीध पाठ

NAME OF ABOVE

OCCUPATION: Farmer

TOTAL ANNUAL INCOME: 18500/-
कुल वार्षिक आय:

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (जविवाहित)

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष संसाक्ष) NA

PAN No. स्थाई स्वाक्षर संख्या:

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय का दाता हैं (को मात्र ही दस पर यहाँ जा निश्चिन लगायें।Yes / No
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS: परिवार विवरण

Sl. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध लिंग
12) 12)	Lata Sunil	50	F	Sister
121 121	Bikash	25	M	Son
122 122	Bikash	23	F	Daughter
123 123	Kamlesh	20	F	Daughter
124 124	Mohan Dev	17	F	Daughter
125 125	Meena	14	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
मानवता के दिगं विनाशी आवाह

BPL Card (Attach Card/ Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष
गरीबों देश के नीचे प्रभाव पर (प्रभाव पर की छाप प्राप्त संलग्न करें।)	इच्छा आप यां प्रभाव पर (प्रभाव पर की छाप प्राप्त संलग्न करें।)	उपभोक्ता कार्ड (प्रभाव पर की छाप प्राप्त संलग्न करें।)	

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गए विनाशी का उद्देश्य:

Sl. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आस्पताल/दौकान से जाते की नई प्राप्तीय सूची संलग्न
RC - TMSC	
LC - TMSC	
Category - (RE) LSCS के तहत	

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

Sl. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED तो गई सहायता राशी
1.	SC/SC	

Koshika
Foundation

Building block of life

Pre OP Post DP
(0738) Dyaresh

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक युवा घोषणा पत्रः

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 Koelvika 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 जरूरी कानून हूँ कि इस प्रकार मेरे सभी विवरण ये नहीं जनकारों के जन्मदर्श साथ सत्य रखे गये हैं। यह कोई विवरण एवं काफ़िर असत्य का जात है तो मेरी ज्ञानवाद लिस्ट को ज्वाला लगाया जाएगा।

2) मैं द्वारा ये जानकारी प्राप्ति "कोशिका भावनावेत्ता", हे तो यह चाही है, अधिक उद्देश्य उसी उदाहरण की तुलने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकार में पाया गया है।

3) मैं जारी करता हूँ कि इस ज्ञानवाद बैन यह प्रधान की गई है, उस पारी का आवश्यक एवं ज्ञानवाद लिस्ट कार्यान्वयन कार्यालय से यहीं लिख है और न हो भावनावेत्ता में दर्द।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पण द्वारा)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 fulfilment 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.
 3) इन प्रति पर अपने हल्कारू या अंगठी की तरफ आकर, मैं (अवेदक) अपनी रहभूत भौमि पृष्ठ करता हूँ एवं "कोशिका जातदैनिक और उत्तराधि नज़रोंमें" जो आवेदन करता हूँ वे गंतव्य चरण पार, बोले और ये विवरण इस प्राप्ति ने दीया है, जो "कोशिका" दस्तवा, न्यायी, वाल, यान्त्रिक या दूसरे उत्तराधिकारी द्वारा उपलब्धिकारों के लिये किसी भी प्रवार नहीं।
 4) इन प्रति करने के लिए अधिकृत हूँ। मैं यहां पर निमाएवं दी शराब के पाली या बढ़ ये करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से व्यापी कल्पित हूँ।
 5) मैं (अवेदक) इन बातों को गहराई से देखा जावा, नहा, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उत्तराधिकारी से प्राप्ति है पूरी रूप सहायता का रूप नहीं बनाता। इन सार्वत्र मैं "कोशिका" द्वारा उपलब्ध की जाने वाली और कामयारी है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT TRIMMING IMPRESSION:

APPLICANT उपलब्धाता के लिए यह विद्यमान

AGREEMENT by HOSPITAL (हाप्तिल द्वारा अन्वय)

By affixing hereto under, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we
hereby affirm & accept following:

- (Hospital) hereby affirm & accept the 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.

इसके अलावा यह एक बहुत अच्छी तरफ से नियंत्रित होने वाली एक उपचार है। इसके अलावा यह एक बहुत अच्छी तरफ से नियंत्रित होने वाली एक उपचार है।

२. "जांशियन नावन्हेत्र" में ही इह भवित्वाना कवयत जीवनपर प्रकाश का हो। इस पर कल्पनाएँ लगायी गई हैं कि जीवन के बीच का लिखन है और "जांशियन नावन्हेत्र" द्वारा जीवन प्रकाश का महेंद्र चक्र नहीं है। इसलिये हस्तक्षण में सोंगी के लहर चुमड़ा और आगे जाने के लिये जिससे जीवन पर्यावरण की ओर और "जांशियन" की कठोर धृष्टिकृत या धृष्टिमंदी की पायात्मा में गई हैं।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Date of Surgery जैसलर की तारीख 06/11/19	PRIYA AGRAWAL Dr. No. - 52417 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉ. प्रिया एग्रवाल नं. 52417	 (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) श्रम ए एस इंस्टीट्यूट ऑफ कॉम्प्युटर एज्युकेशन
-----------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

FOR INTERNAL USE at KOSHICA FOUNDATION अमेरिक दृष्टियां हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 चासी हस्ताखा ।	SIGNATURE of TRUSTEE 2 चासी हस्ताखा ।
	