

VRN - C780

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No. 1

आवेदन संख्या :

V/1119/0741

APPLICATION DATE :

आवेदन दिथी

05/11/19

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Ramswaroop

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

71

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कटुप्य का नाम

S/o Sherca

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Nagla Langa, Mat

Distt - Mathura U.P. (281204)

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION :

व्यवसाय

Farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

22000/-

(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न करें)

Pre op Post op
(C741)
Ramswaroop

PAN No. स्वयं का पान संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (को घन्य हो उस पर सही का निशान लगावे)

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)	Chamela	69	F	Wife
(2)	Ram	41	M	Son
(3)	Syam	29	M	Son
(4)	Bablu	36	M	Son
(5)	Bela	33	M	Son
(6)	Krishna	30	M	Son
(7)	Lalit	26	M	Son
(8)	Manojun	25	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए विवरण आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWB Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (छाया पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basic Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विन्ती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Report/Prescriptions Attached अवस्थापन/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	KE - P.P
	LE - Total Scire Cataract
	Surgery: (LE) SICS + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कहीं 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 लो गई सहायता राशी
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 यहाँ पर कबल ई कि इन प्रश्नों में देये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एह प्रश्नों आशय पाया जाता है तो मेरी सहायता मिलने को आसानी है।

2) मैं द्वारा ओ सहायता दिये "कोशिका फाउन्डेशन", से हो रहा है, इसका उपयोग वही संकेत को पूर्ण के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में पढ़ गया है।

3) मैं यहाँ पर कबल ई कि जिस सहायता ई मुझे प्राप्त की गई है, उस दान का अधिक या समक विन्या किसी अन्य आर्थिक/व्यापक/बचत कम्पनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में लूगा।

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/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.

1) इस प्रश्न पर शत्रु दुस्साक्ष का ज़ाहिर हो नाम लगाकर, मैं (आर्षेय) अपनी तस्मते को गुण प्रकाश हूँ एवं "कलिका फाउंडेशन और इससे नामोप" को अधिकृत प्रकाश हूँ कि यह नाम, प्रत्यक्ष ज्ञानों और वे विषय इस प्रश्न में स्थिति है, जहाँ "कलिका" द्रव्य, व्याप्ति, मान, वाक्यान्तर, दूरी, वर्णन में कृती गतिविधि और प्रत्यक्षियों के विषय सेनाओं की उत्पत्ति प्रमाण से प्रवृत्ति करने की लिए अधिकृत है। जो प्रश्न का विषय में इसल को प्रत्यक्ष या शत्रु में प्रत्यक्ष के लिए "कलिका फाउंडेशन" व व्याप्ति अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:



A black and white micrograph showing a single cell with a large, dark, oval nucleus. The cytoplasm is lighter and granular. The cell is surrounded by other cells, which are less distinct.

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Kashiika 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/cases, 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.

हमारे अतिथि, हमारे घर के अंदर से सामाजिकों के "कौशल का फल" से विविध सहायता से सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हमारे) निम्न प्रकार से मान्य व स्वागत करते हैं।

(1) यह कि न तो सर्वप्रथम और न ही पश्चात्त में तत्तिन सहस्रतः किसी और प्रकारी संस्थान या किसी अन्य स्वरूप से उक्त गौशिवस्थले से लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कर्मिका मय-विकास" में गोपनीयताविधिगत उक्त में स्पष्ट य "कर्मिका मय-विकास" द्वारा उक्त हेतु कि है। यदि "कर्मिका मय-विकास" द्वारा सहस्रतः विविध आशय/वस्तु हेतु मन्त्र नहीं किया जाता है तो अत्यन्त किन्हीं अन्य और प्रकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहयोग लेने या अधिभार सुविधित रखता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अत्यन्त द्वितीय परद उक्त गौशिवस्थले हेतु किसी और प्रकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से प्राप्त होना/लेना।

2. "कोशिका चारदरेन" तो सी गढ़ थरापन जंगल गिरिव प्रकृति नो है। योगी पर इमजल छप नो गढ़ सलत बा किये गये वपचार/उकिया का चुनल योगी पर इमजल से बाँध का किये है और "कोशिका चारदरेन" द्वारा किये प्रचार का कोई दबध नहीं है। इकलिये हरवतत पर योगी को प्रसन्न खुदा और आने जाने को बाँध जियेनो योगी बाँध थरापन की होगे और "कोशिका" नो कोई धुमिया या धुमिधरी इस मन्त्रो में नही होगी।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

अपौरुष की तात्पर्य

WPI No. 5547

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

ठकुरा का नाम व हस्तक्षार व गये व

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

नाम व पद हस्ताक्षर अधिका त्वाधिकारी

FOR INTERNAL USE of KDSHIKA FOUNDATION भारतीय दूरवार्ता नेट

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नामं हस्ताक्षरं ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

આઈ કમ્ ફ્રોમ ?