

VRN-C 796

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप			(Healthcare) (स्वास्थ्य सेवाएँ)	Koshika Foundation Building block of life
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	V/1119/0750	APPLICATION DATE : आवेदन तिथि :	5/11/19	
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम :	Pawati	AGE-YEARS वय-वर्ष :	51	SEX लिंग : F
FATHER/HUSBAND'S NAME: पिता/स्त्री का नाम :	D/o Bhagwan Singh	PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता लोहाला, Khair		
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थान आवासीय पता Same as above			PreOp Post Op (0750) Pawati	
OCCUPATION : आवासीय :	Home Maker	MARRIED (जिवान) / UNMARRIED (अजिवान) (Attach Proof of income) (आप का साधारण चलान) NA		
TOTAL ANNUAL INCOME : मूल आर्थिक आय :	NA			
PAN No. स्पाई आइडी संख्या :				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE? (Tick whichever is applicable): क्या आप इयान कर दाता हैं (वे मात्र ही उस पर जाही का नियन्त्रण करते हैं)? Yes / No हाँ / नहीं				
FAMILY DETAILS संरिता 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) 1	Ruben Veer	54	M	Husband
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विवरित आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गर्भवती रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की तस्वीर छोड़ देना चाहिए)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) ब्रह्म भव भृत प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की तस्वीर प्रदान करें)	Ration Card (Attach Copy) राशन कार्ड (प्रमाण पत्र की तस्वीर प्रदान करें)	Any Other Basic/Proof गर्भ कोई साक्ष	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता में किसे गर्भ विनाशी का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल कार्ड से जारी की गई आवेदन सूची दर्शान			
RE -- TMSR				
LF -- TMSR				
Surgery - (RE) SICOS + TOT				
ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से दिया गया था?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALIED ली गई सहायता राशी		
1 -	SCFM			

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पर:

- 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 available 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.
- 4) मैं पात्र काल हूँ कि इस जल्दी के दिए गए सभी विवरण वे वस्तुओं के अनुसार सत्य यथा हों हैं। यदि कोई विवरण यथा कठिन जल्दी पात्र काल है तो मेरे बाबाका निलंग जो भी समाजी है।
- 5) नेह द्वारा को सहजता से "कोशिका फाउंडेशन", मेरी जाति है, उसका दास्तावेज उसी डिवीजन की तुरंत किया जायगा, जो इस प्रकार में नहीं होता है।
- 6) मेरी काल हूँ कि लिए सहायता हेतु यह प्रबोध की जाति है, उस प्रोती का ज्ञानका पास सहायता दिल्ली क्षेत्र नियन्त्रित करनी से न हो लिया है और न ही परिवर्त में होता है।

AGREEMENT by APPLICANT: (आवेदक द्वारा बताया)

- 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 its 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) इस प्रकार पर आवेदक द्वारा मेरी जाति की जाति लागता है कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासी" को अधिकार बताया है कि नेह यथा यह, कोई और यो विवरण इस प्रकार है जो "कोशिका" द्वारा जाति, जन, जातीय दूसरे नदरेश्वर में जुड़ी गतिविधियों और उत्तराधिकार के तिमे विवरण यो भ्राता पापम् वे अपार चर्चाएँ करने के लिए आवेदन है। ऐसे लाज यह "मेराजा नेरे इताहा के पासे य जन में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकार है।
- 4) मेरी (आवेदक) इस काल से जुड़ा है कि नेह यथा यह, जोड़ी और विवरण यो जिसका नाम दर्शायें है उस स्थल, सहायता या उपकार नहीं ज्ञाता। इस बनावट ये "कोशिका" द्वारा उत्तराधिकारी वह नियंत्रित अहित और वापसावार होता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

मेरी जाति की लागता जो अनुमति कर दिया गया है।

AGREEMENT by HOSPITAL: (हास्पातल द्वारा बताया)

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.

- इसके अधिकार, उत्तराधिकारी की जाति से जुड़ा होना को "कोशिका फाउंडेशन" में विविध गापायत्रा हेतु विवरणों की जाति है, जिसे हम (हास्पातल) निम्न लिखा जे जावा व भौमार फतेह है।
- 1) यह कि हम तेर्वर्षन भी न हो अतिथ्य ने विविध गापायत्रा किसी भी जातियां देखाने ये किसी अन्य संसार से उपर रोटी/पासाहों में लौंग या लंग रहे हैं, जिसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" ये विवरणितीय उत्तराधिकारी द्वारा में जापान ये "कोशिका फाउंडेशन" हुए भवर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा जापानी गर्भित नहीं होता तो किया जाता है कि अत्यधिक अन्य तेर्वर्षन भी जापानी देखा जाता है। इस पृष्ठे में स्वाक्षर कहा जाता है कि आपसात डिस्ट्रीब्यू भवर उत्तराधिकार से हेतु जिसे हम स्वाक्षरी संभवा या किसी अन्य वापसने देनी चाहते हैं।
 2. "कोशिका फाउंडेशन" से नहीं जापानी जापानी विविध प्रकृति भी है। ऐसी जरूर इम्प्रेसियन का भूनाम योगी एवं इम्प्रेसियन के बीच का लिया है और "कोशिका फाउंडेशन" हुए किसी लिखा जट भी नहीं है। इसलिए हास्पातल में जापानी के इन्हें सुखा और अपने जापानी को जापानी के विवरणों की जाति और "कोशिका" को कोई पूर्णता या विवेचनीय जापानी में नहीं जाती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE:

Dr. PRATIVA AGRAWAL स्वीकृति के लिए, संमति

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
दृष्टा का नाम है हास्पातल के नं. ३

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
नम तेर्वर्षन द्वारा हास्पातल यांत्रिक अधिकारी

FOR INTERNAL USE OF KOSHIIKA FOUNDATION आनादिक उत्तराधिकारी

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामी हस्ताक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामी हस्ताक्षर ।