

VRN-C 796

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika
Foundation
Building Block of lifeAPPLICATION No.:
आवेदन संख्या

V/1119/0750

APPLICATION DATE:
आवेदन तिथि

5/11/19

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम

Parnvati

AGE-YEARS आयु-वर्ष

51

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:
पिता/कटुप्य का नाम

D/o Bhagwan Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Inamda, Phair

UPSH - Aligarh, U.P., 202165

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION:
व्यवसाय

Home Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

NA

(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

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)	Kishan Veer	54	M	Husband

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवृति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) रसमयका कार्ड (प्रमाण पत्र की कृपया 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 सूची संलग्न

RE - TMSC

LE - TMSC

Surgery - (LE) STOM + TOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशि

1 - SCFR

DECLARATION by APPLICANT: अयस्क हाण यांना पत्र:

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 Koenike 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 employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.

AGREEMENT by APPLICANT (सावधानतापूर्वक रूप से)

1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासी" को अधिवृत्त करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रोविड है, उसे "कोशिका" द्वारा न्यासी, पुन, सचकार्य द्वारा वर्तमान में जुड़ी गतिविधियों और डकलैमिडों के तहत निर्वाही में प्रसारित करने के लिए आबद्ध है। मेरे द्वारा जो विवरण मेरे हस्ताक्षर के पक्ष में प्रस्तुत किए गए हैं, मैं उन्हें सत्य मानता हूँ।

स्वयंसेवक हैं इसलिए गा अंगुली का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा स्वीकृति)

11) यह कि न तो सर्वप्रथम और न ही अन्तिम से विविध भाषाओं में किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थापना से उक्त रीति/प्रथाओं में कोई या दो संशोधन हैं, जैसे कि हमने "कोरिका फाउन्डेशन" से विपत्ति/विवादास्पद उक्त में सम्पूर्ण में "कोरिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदत्त हेतु कि है और "कोरिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट/संशोधित हेतु प्रस्तुत नहीं किया गया है तो अस्पष्टता किसी अन्य और सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था/संस्था से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि आयोजन द्वितीय भरण उक्त रीति/प्रथाओं हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेना/लेगी।

2. "कोशिका जलमवेशन" से ही नहीं लक्षणजनक बनकर विविध प्रकार की है। ऐसी ही इसमें जल के द्वारा ही यह लक्षण का बिन्दु पर उपचार प्रक्रिया का सूत्र बन गया है। इसमें कोशिका का विच्छेद हो जाता है और "कोशिका जलमवेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रक्षण नहीं है। इसलिए इसमें जल के द्वारा ही सूत्र बन गया है और जल के द्वारा ही सूत्र बन गया है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

৬১১৭

DR. PRIYA AGRAWAL
MCI No-58417
Sign: _____

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छिद्र, =

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

नमः न पद हस्तगत अधिकार अधिकारो

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION धार्मिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
 श्री. हस्ता ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
 ग्यामी हस्ताक्षर २