

VAN - C767

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

Foundation

Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

V/1119/0753

APPLICATION DATE:

आवेदन दिती

6/11/19

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Latta Prasad

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

65

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कटुम्भ का नाम

S/o Teekasam

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

Bijapur, Bidar

Dist - Hathras U.P.

224306

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता

Same as above

OCCUPATION:

व्यवसाय

Labourer

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 लागू हो उस पर सही का निशान लगाएं)

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 के साथ सम्बन्ध
(1)	Shanta Devi	62	F	Wife
(2)	Vinay	37	M	Son
(3)	Mangy	23	M	Son
(4)	Deenesh	31	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए विविध आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विवरण का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RC - TMSC
	LA - P.P
	Surgeon - (RE) STCS + TOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई 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 ली 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 liable for rejection/cancellation.

2) I solemnly confirm that assistance, if received from Krishna's 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रत्येक में दिए गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कृष्ण फाउंडेशन" से दी जा रही है, उसका उपयोग वही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रत्येक में परा गया है।

3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु वह राशि नहीं ले, उस राशि का अधिक या समकाल विस्तार किसी अन्य प्रांत/निर्माणा/बीमा कम्पनी से न हो लिया है और न ही भविष्य 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/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 fulfillment 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 enroll me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Kashiwa Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रश्न पर अपने उत्तरों के साथ साक्ष्य, यै (असलत) अपने सत्यता की पुष्टि करात है पर "कोशिका आन्दोलन और उसके व्योमों" के आधिकृत काता है कि सैत तम, फा, फांते और दो सैतार इन प्रश्न में जोषात है, तते "कोशिका" प्रश्न व्योमों, दत, चचचचता इतने उद्देश्य से जुड़े गातिविधियों और उपशोष्यता के लिये किमों से प्रतात जाभ्यत के प्रगति करने के लिए अधिकृत है। सैत प्रश्न का विवरण सैत इतत के पढ़ते व पात में काते में लिए "कोशिका फाउंडेशन" के लिये अधिकृत है।

2) पै (अर्थव्यवस्था) इस बात से सहमत है कि मेरा नाम, पता, फ़ोन और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कार्डिन्ना" एवम् उल्लेख न्यायिकों का विचार और कार्यकारी होगा।

आसेरक सं हस्तक्षेप या अंगटे का निगम



By affixing hereunder, signature of our Authorized 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 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 अधिवक्ता, इत्यादि। हमें ज्ञात है कि आपने अपने "सोशल मीडिया" से अधिकृत अधिकारों के लिए हमें (इसका) विनाश करने से बचाने के लिए।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही पश्चिम ने मजिद स्यादना किसी भी लक्ष्यो संस्था का किसी अन्य खंड से उस संस्था/समूह में होने का दावा है, जैसे कि हमने "कोलिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्देश अन्य के स्थापन में "मार्गिक फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान किए हैं। यदि "कोलिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान की गई आर्थिक/सम्पत्ति इस प्रकार की है तो अगला किसी अन्य से करारी राज्य या किसी अन्य संस्था से सहायता देने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रांत में स्पष्ट कहा जाता है कि अगस्त द्वितीय पर अन्य संगी/पात्रों से इसी भी सहायता संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेनी/लेनी।

2. "कोशिका फाटने" से जो गंध उद्घातन केवल विरिण प्रद्वि की है। योणी पर हस्तमेलन द्वारा यो गंध सताव वा किये गये उपनम/चिकित्सा का तुलन रोग एवं हस्तमेलन के बीच का विषम है और "कोशिका फाटने" द्वारा कितना प्रकार का कोई दवाय नहीं है। इसलिए हस्तमेलन में योणी के उद्घात सुखा और जाने जाने की सारी विषमता योणी एवं हस्तमेलन की होगी और "चिकित्सा" को कोई भुणिक वा विषमता इस पापले में नहीं होगी।

स्त्रीकृती वो लिपि संस्तालि

Dr. PRIYA AGRAWAL
MCLNo.-58417

८७।१।१९

Sign..... (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
 डाक्टर का नाम व नमूना व रजि. नं.

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

नाथ व नद इत्येतान् अधिष्ठत अधिजाते

अनादि रूप्येन हि

SIGNATURE of TRUSTEE 1
 राजीव रानी

SIGNATURE of TRUSTEE 2
 नाम: हस्ताक्षर 2

Ergebnis

12/2/8