

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building block of life

APPLICATION No. : 5/0722/113 (176/22)

आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 05/07/22

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : Jageshwar Prasad

आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु वर्ष

78

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : Ravi Sarda

पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

2/260 Dakshepur New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी निवास पता

As Above

OCCUPATION : Farmer

व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : Rs. 50,000/-

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. स्वयं का पान 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 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 संबंध
01	Shamsh Devi	65	F	Wife

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए चिह्नित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) मजदूरी रखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपा प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपा प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की कृपा प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु निम्न लक्ष्य विकल्प का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	Diagn:- LF Catarrh
	Treat:- LF PhacetylOL

ASSISTANCE BEING AWAIRED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य को 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 AWAIRED सी वह सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: স্বাক্ষরকৃত প্রাপ্তি: ১৫/০৫/১৯

DECLARATION by APPLICANT: **अवेदन करणारा व्यक्तीकडून:**

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 any, liable 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.

4) 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 दिये गये सभी विवरण सही एवं सत्य हैं। यदि कोई विवरण सही नहीं प्रमाण प्रस्तुत करा जाता है तो मेरी वास्तविक विवरण सही न बनती है।

33) हैं गुणित बताया है कि विश्व शासकता से गुणा प्रणाली का मर्म है। उदा. रसिक का अस्विकार या सत्कार। इसका विरोध अन्य प्रोत्तिगोष्ठीय लोक कथनों से पता चला है और यही भावना में गुणा।

AGREEMENT by APPLICANT (Printed Name and Title)

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.

1.) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे से अपने लक्षण, यै (अभिप्रेत) अपनी सहमति को पुष्टि करते हैं एवं "कोशिका काउंटिंग औ. उन्मेष त्वाकोषी " को अभिप्राय करते हैं कि वेरा सच, यथा, कोटी और को निवरम इस प्रश्न में धोषित है, एवं "कोशिका" सच्य नारी, पार, सच्यया इस उन्मेष से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये जिम्मे थी इसका मान्य है। इसी प्रकार वे भी सच्य है की प्रश्न का उत्तर में इसका के पहले या बाद से करने के लिए "कोशिका काउंटिंग" से नारी अभिप्राय है।

3) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के दस्तावेजों में प्राप्ति के पूर्व तब: सहायता का प्रकार नहीं बनता। यह समझ में "सहायता" एवम् उसके माहिरों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

अधोरेखा के दस्तावेज या अंगुष्ठ का निशान

पुष्पमित्र

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)

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 confidentially/secretly 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.

इसके अतिरिक्त, इसकाथरी की ओर से मायलेन्गी को "कांशिक फाउन्डेशन" से विलीन कर दिया। शुद्ध सिफारिश की जाती है, जिसे हम (असमर्थ) विषय प्रकार से जान्य व समझा करते हैं।

1) यह कि न तो संविधान और न ही राष्ट्रिय के विविध सहायक किसी एक साझसी संस्था या किसी अन्य इकाई से उच्च स्तरीयता में संगीत हो रहे हैं, जैसे कि हमने "बोतिका फाउन्डेशन" के विफाई-विनिर्दिष्ट उच्च के समर्थन में "कोसिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोसिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट आंतरिक-सकल हेतु मन्त्र्य नहीं किया जाता है तो असंगतता किसी अन्य एक अकादमी संस्था या किसी अन्य संस्था के अद्वयता से का अधिकतर सुनिश्चित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि असंगतता द्वितीय पदर उच्च स्तरीयता में हेतु किसी एक अकादमी संस्था या किसी अन्य संस्था में नहीं लेखाते।

2. "कार्बोसिक फायब्रोसिल" से जो लई तन्हावा संकेत विविध उत्पत्ति की है। इसी पर हमारा ध्यान इस की लई लम्बाई का कितने पर उपकार, प्रतिक्रिया का सुचारु रीति एवं इसका लो लोच का विषय है और "कार्बोसिक फायब्रोसिल" का किसी प्रकार का कोई रसायन नहीं है। इसीसे हमारा ध्यान में लगी में इसका सुचारु और ज्ञान का जो सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हमारा जो रोगी और "कार्बोसिक" की लई सुनिश्चित का जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृतों के लिए संज्ञा

Date of Surgery
अपरेसन की तारीख

05/07/22

Dr. Shubha Mahla
DMC No. 64798

(Name of the Eggs No. With Stamp)

राष्ट्र का नाम व रहस्य व तंत्र, न

Dr. Vandana Gupta

(MBA, D.C. or D.O. or M.D.)
Medical Supervisor (Hospital)

Shree Eshwar Prasad Jaiswal Jiwan Ji

8-11 Kashi Lal Colony, New Delhi-110048

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायी हस्ताक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

पृष्ठ संख्या 2

10.03.2022