

Mam - C - 25 - 03 - 0740

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष / SEX लिंग	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुम्भ का नाम		54 / f	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता			
Jankha, Samai, Bagha, Sisoka, Handol			
Uttar Pradesh - 221123			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवास पता			
Same as above			
OCCUPATION : व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)	
PAN No. स्थानीय खाता संख्या		Rs. 1,00,000 / Family	
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य 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
1	Ami	25	f
2	Angur	232	f
Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध			
Daughter			
Daughter			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया 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		
1	Diagnosis		
2	45 Serils		
3	45 Serils		
4	Surgeonry 45 Serils with Puma 1000 Camp		
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया हो?			
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी	
1	BBC	2000/-	

Koshika
foundation

Building block of life



SEND PROOF OF INCOME

NOTE PHOTO HERE

Proof

Postcard

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.

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.

- AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कथित)

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे ज्ञात: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कौशिक" एवम् उसके न्यायियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

આપેલ સ્થાને પરિવર્તન થવા અંગેની જાણ

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर होना चाहिए)

2. "कोशिका फायनेंसेशन" से तो गाँव जगजगत् कोषित प्रकृति की है। रोने पर हमसाल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोने एवं हमसाल के बीच का विषय है और "कोशिका फायनेंसेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई स्वाध नहीं है। इसलिए हमसाल में रोने के इशारे सुनाओ और आगे जाने की सारी जिम्मेदारी रोने एवं हमसाल की होती और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस तथ्य में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

Dr. Ute--Deep

(Name of Div. & Sec. No. with Stamp)

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी इन्द्रावर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यामी इम्ताहूर २