

C18/05/0268

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika

APPLICATION No.: A/0518/0131
आवेदन संख्या:APPLICATION DATE: 23/05/18
आवेदन तिथिNAME of APPLICANT: Soni Devi
आवेदक का नामAGE-YEARS: 65
SEX: FFATHER'S/SPOUSE'S NAME: Mahapen
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवास पता

Village - Dwarapuri Teh. Mahageri

Dist - Alwar Rajasthan

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवास पता

asabave

Preop. Post op.
0131 Soni
H. DeviOCCUPATION: Farmer
व्यवसायTOTAL ANNUAL INCOME: 80,000
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

N/A

PAN No. उम्मीद छल संख्या N/A

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)
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	Mahudevi	30	M	husband
2	Bhola	40	M	Son
3	Mayer	35	F	Daughter in law
4	Ramesh	35	M	Son
5	Bhola	30	F	Daughter in law

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश के नीचे प्रमाण पर (प्रमाण पर की छाया प्रिंट संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय अथवा वर्ग प्रमाण पर (प्रमाण पर की छाया प्रिंट संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पर की छाया प्रिंट संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साधन
---	--	--	---

"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 प्रीस्क्रिप्शन सूची संलग्न
01	Diagnosis - R.E - IMSC L.E - IMSC
02	Surgery - L.E - 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 ले गई सहायता राशि
01	SCCH	

DECLARATION by APPLICANT: अभिषेक कुमार शर्मा

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 Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which I was asked to fill this Form.

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, for which this assistance is requested.

- AGREEMENT by APPLICANT (अर्जद्वारा स्वीकृति)

- 1) इस दाय का अपने हस्ताक्षर का अंग्रेजी की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी साक्ष्य की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका भागद्वयन और उसके ग्राहकों" का अंग्रेजी नाम है कि मैं पता, फोटो और जो विवरण इस दाय में प्रेषित है, उसे "कोशिका" एवम ग्राहकों, राज, याचनाएँ दूसरे उद्देश्य से जुड़ी व्यक्तिगत और वित्तीयों के निर्माण के द्वारा या से प्रेषित करने के लिए अभिवृत्त है। मेरे दाय का विवरण मेरे दाय के पक्षों के साथ के साथ के लिए "कोशिका भागद्वयन" में ग्राहनी अभिवृत्त है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि साक्ष्य के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे बतल: साक्ष्य का हकदार को बतलाना इस मामले में "कोशिका" एवम ग्राहकों ग्राहकों का निर्माण और कार्यकारी होगा।

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुलि का निशान

अमुठा निशान

सीवीदेवी

AGREEMENT by HOSPITAL (एग्रीमेंट हॉस्पिटल)

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. The 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 अधीनस्थ, हस्ताक्षरी को और से भयानक-से को "कॉन्सिडर काउन्टेनर" से निर्दिष्ट साक्षात् हेतु निश्चित की जाती है, कि वह (हस्ताक्षर) किन् प्रकाश या अन्य या प्रोत्साहित नहीं है।
- 1) यह कि न तो साक्षर और न ही अधीनस्थ में निर्दिष्ट साक्षात् किसी भी साक्षरों सम्बन्ध या किसी अन्य स्रोत से उक्त दृष्टिकोण में लेने का ले जाते हैं। जैसे कि उक्त "कॉन्सिडर काउन्टेनर" से निश्चित/निर्दिष्ट उक्त के सम्बन्ध में "कॉन्सिडर काउन्टेनर" द्वारा भरण हेतु कि है। यदि "कॉन्सिडर काउन्टेनर" द्वारा साक्षात् निर्दिष्ट अधीनस्थ/साक्षर हेतु भरण उक्त किन् प्रकाश या अन्य या प्रोत्साहित नहीं है।
- किसी अन्य भी साक्षरों सम्बन्ध या किसी अन्य सम्बन्धन से साक्षात् लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अन्ततः निर्दिष्ट भरण उक्त दृष्टिकोण हेतु किन् प्रकाश या अन्य या प्रोत्साहित नहीं है।
2. "कॉन्सिडर काउन्टेनर" से लेने या साक्षात् लेने निर्दिष्ट प्रकृति की है। ऐसे या अन्ततः द्वारा भी साक्षात् या किन् लेने उक्त/निश्चित का प्रस्ताव देती एवं सम्बन्धन।
- कं बीच का विषय है और "कॉन्सिडर काउन्टेनर" द्वारा किसी प्रकार का कोई दण्ड नहीं है। इसीसे हस्ताक्षर में ऐसे के इच्छा सुख और अन्य जाने की सही विमर्शनी गत एवं साक्षात्।
- को होती और "कॉन्सिडर" को कोई दण्ड या विमर्शनी इस सम्बन्ध में नहीं होती।

ACCEPTANCE

REJECTION

24/05/18

Dr. Dharm Singh
(Name of the Person to be with Stamp)
MS (ORTH)
Reg. No. 26084

MASSEY

(Name, Designation & Signature of the Author)
Dr. S. K. Singh, Director, Alwar Hospital, Alwar

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SANCTIONED

REJECTED
नाम-शु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
 2020 10/20/2020

SIGNATURE of TRUSTEE 2

व्यासो हस्तक्षेपः ।
१२१६