

C-211015/18

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

E/0518/0052

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

30/6/18

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Kameya

AGE-YEARS आयु-वर्ष

65

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कटुम्ब का नाम

Safee

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Village - Talwar Patti, Tehsil - Baraut

District - Baghpat, Uttar Pradesh

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता

- as above -



Preop

0052

Postop

Kameja

OCCUPATION :

व्यवसाय

Housewife

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

36,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

N/A

PAN No. स्थाई खाता संख्या

NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये)

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
	Five	Daughters		Married

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विविध आधार

BPL Card (Attach Card Copy) सौबी रेश 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) 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 - RE - IMSC LE - IMSC
2.	Surgery LE - STCS + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि
1.	Venu	

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.

1) मैं यहाँ पर कतार दूँ कि इस प्रारूप में दिये 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 यहाँ पर कतार दूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो राशि मिले, उसका उपयोग उक्त उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।

3) मैं यहाँ पर कतार दूँ कि बिना सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अतिरिक्त या संभव हिस्सा किसी अन्य प्रोत्तरीयोग्यता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's 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 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.

1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर का अंकन की जाय ताकिता, मैं (अधिका) अपनी समस्या को मुद्रित करता हूँ एवं "कौटिल्य कायदेशन और उसके व्यक्तियों" को अधिकृत करता हूँ कि मैं जा, जा, फोटो और वो विवरण इस प्रश्न में प्रेषित है, उसे "कौटिल्य" एक व्यक्ति, राज, ताकतवा द्वारा उत्पन्न से कुटी परिधिधर्म और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार अध्याय से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मैं प्रश्न का विवरण में उत्तर के पहले या बाद में करने के लिए "कौटिल्य कायदेशन" में किसी अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION



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 अधिकांश छात्रों की ओर से मायसे/एनसी सी "सांख्यिक छात्रवृत्ति" से वित्तीय सहायता होत विकसित की जाती है, जिसे हम (हमself) विभिन्न प्रकार से माय व प्रोत्साहित करते हैं।

1) क्या कि न तो संप्रेशन और न ही परिवर्तन में किसी सहायता किसी और सरकारों सहायता या किसी अन्य खोज या जवाब देना/घराने में होने या से नहीं है, जैसे कि हमने "कोशिका पाठ-लेखन" या साहित्यिक/विशेषी उदाहरण के साथ-साथ में "कोशिका पाठ-लेखन" द्वारा मदद देना कि है। यदि "कोशिका पाठ-लेखन" द्वारा सहायता किसी साहित्यिक/समस्या देना समझ नहीं किया जाता है तो अन्यथा किसी अन्य और सरकारों सहायता या किसी अन्य सहायता से सहायता देने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस चर्चा में स्पष्ट कहा जाता है कि अन्यथा दिलीप मदर उदाहरण/घराने देना किसी और साक्षरी सहायता या किसी अन्य सहायता में नहीं होगा/लेगी।

2. "कॉस्मिका फाउन्डेशन" से ही माँ साराधा जीवा विविध उत्कृष्ट की है। संतों पर हमलाओं द्वारा ही नई संज्ञा या किने गये उपवास/प्रतिष्ठा का चुनाव रोगी एवं हमलाओं के बीच का विषय है और "कॉस्मिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इच्छित्व हमलाओं में रोगी के ज्ञान सुरक्षा और जाने जाने की सारी विम्वेदारी संतों एवं हमलाओं की होती और "कॉस्मिका" की कोई धुनिया या विम्वेदारी इन मामलों में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संस्थान

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

$$3 \mid 5 \mid 18$$

(Name of Dr. & Regt. No. with Stamp)
1/31/2011
Phase 2, New Delhi 110 017

TANUJA JOSHI
Managing Director
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory:
on behalf of Hospital
1/31 on the South of International Area,
2022 10 017

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी प्रसाधन ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्तक्षर 2

Exercyzj

2028