

C.1687/06/18

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

E/0618/0065

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

26/6/18

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Guruchan Singh

AGE-YEARS आयु-वर्ष

60

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Village - Mangale

Taluk - Harsa

District - Hissar

Haryana

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता

- as above -

Preop
0065Postop
Guru Chand

OCCUPATION:

व्यवसाय

labour

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

35,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. स्थायी 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 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. | Premjeet | 32 | M | SON |
| 2. | Sandup | 28 | M | SON |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये चिह्नित आधार

| | | | |
|---|---|--|--|
| BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के पीछे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय 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 विषयों का उद्देश्य:

| Sr. No. क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |
|------------------------|--|
| 1. | Diagnosis - Re - TMSC - CE - IMSC |
| | |
| | |
| | |
| 2. | Surgery IE - SICs + IOL |

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

| Sr. No. क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जी 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्नपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन अवास्तविक या झूठा साबित हो तो मेरी सहमति निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं द्वारा की स्थापित राशि "कर्मिका काउन्सेलिंग", से जो का रहा है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्नपत्र में भरा गया है।
- 3) मैं यह घोषणा करता हूँ कि विश्व स्तरावह होय यह प्रश्नपत्र को था है। इस राशि का उपयोग या सकल वित्त का किसी अन्य को-विनियोजक/धोखा कर्मचारी से या जो किया है और न हो अधिक में नहीं।

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.

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 Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या ओंठों की छाप लगाकर, मैं (अवलोकक) अपनी साक्ष्य की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका पाठ्यपुस्तक और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में संक्षिप्त है, उसे "कोशिका" नामक न्यासी, राज्य, वाचनालय सूची उद्देश्य से जुड़ी विविधियों और उपलब्धियों के विषये किसी भी प्रकार साक्ष्य से प्रभावित करने में सक्षम अधिकृत है। मैं प्रश्न का विवरण में इसका जो अर्थ है या बाद में करने के लिए "कोशिका पाठ्यपुस्तक" में न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अवलोकक) इस बात में सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि साक्ष्य के उद्देश्यों से प्रसारित है पूर्ण सत्य, सहायता का अभाव नहीं करता। इस धारणा में "कोशिका" नामक उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आवेदक के इलाका या अंगों का निवास



By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Kochika Foundation, we (Hospitals) 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.

हजारों व्यक्तिगत, हस्तशरी की ओर से समर्थन/सहरी को "भौतिकवादी आन्दोलन" से विभिन्न स्तरों पर जोड़ दिया/विशाल की जाती है, जिसे हम (हमारे) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1. यह कि न तो संविधान और न ही संविधान में विहित प्रावधान किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य व्यक्त या कक्षा से संबंधित हैं, जैसे कि अपने "कोशिका प्रावधानों" से निवारित/विनिर्मुक्त कक्षा के संघ में "कोशिका प्रावधानों" द्वारा परर हेतु कि है। यदि "कोशिका प्रावधानों" द्वारा संभाला किसी भी अधिकार/सत्ता से संबंधित नहीं किया जाता है तो अपवाद किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था में संभावित होने का अधिकांश सुनिश्चित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अपवाद द्वारा परर कक्षा से संबंधित है कि किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य प्राधान से नहीं संबंधित है।
2. "कोशिका प्रावधानों" से तो यह संभावना कदाचित् अधिक है कि। तोपी पर इच्छापूर्वक द्वारा ही यह संस्था या किने से संबंधित/अधिकार का प्रभाव होनी एवं इसका केंद्र का विचार है और "कोशिका प्रावधानों" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हमारा मत है कि कोई भी इसका प्रभाव और अपने अपने को जारी रखने/लेने की सीमा और "कोशिका" को कोई अधिकार या अधिकारों का प्रभाव से नहीं सीमा।

म्यौकाली के लिए संरक्षित

 $27 \mid 6 \mid 18$

Consultant
Name of Design Engineer with Stamp TPE

1/31 Sheikh Saïd International Area.

Phase 2 New Chain: 110.03
FOR INTERNAL USE BY KOS
Ref. No. - 51023

Marketing Director

(Name, Designation, Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

1731, Sheikh Omar International Area,
Doha, Doha Governorate, Qatar 17

FOR INTERNAL USE BY KOSHIKA FOUNDATION
Ref. No. : 51023

आजकाल के समय में

अमर उद्भवः ।

व्यासोऽहं ब्रह्मात्मकः ॥

Exchanged

lieve