

C 1672/16/18

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

E/0618/0068

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

26/6/18

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Kallu

AGE-YEARS आयु-वर्ष

60

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कटुम्भ का नाम

Harkash

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

 Village - Badoda, Tehsil - Budana,
 District - Baghat, Uttar Pradesh

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता

- Old Chavre -

Preop
0068Postop
Kallu

OCCUPATION :

व्यवसाय

Farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

40,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

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 लगावे)

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.	Manoj	35	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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) उपभोगिता 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- Bion MSC IE- JMSC
2.	Surgery RE- STES+JOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली जा चुकी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लो गई सहायता राशी
1.	Veno	

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.

- 53) मैं चिन्तित करता हूँ कि जिस साधारण को यह प्रार्थना भी पसंद है, उस प्रार्थना का अतीतक या अन्तर्गत विस्तार किसी अन्य कोटि/विशेषज्ञ/जीव्य सम्पत्ति से न हो सित्य है और न ही परिधि में सीमा।

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/post-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 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 ओरों को आप साक्षर, मैं (अर्थपूर्ण) अपनी जानकारी को सुनिश्चित करते हैं एवं "कोसिका काउंटेनर और उसके व्यक्तियों" को अधिभूत करता हूँ कि वेग नाम, फोन, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रेषित है, उसे "कोसिका" प्रत्यक्ष व्यक्ती, पत्र, साक्ष्य या दूसरे उद्देश्य से जुड़े गतिविधियों और उपलब्धियों को लिखे किसी भी प्रकार साक्ष्य से प्रभावित करने को नित्य अधिभूत है। मेरे प्रश्न का बिनाग मेरे प्रश्न को पहले या बाद में करने को लिए "कोसिका काउंटेनर" में व्यक्ती अधिभूत है।
- 2) मैं (अर्थपूर्ण) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि साक्ष्य को उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे सन्तुष्ट, साक्ष्य का हकदार नहीं बनता। इस सम्बंध में "कोसिका" प्रत्यक्ष उसके व्यक्तियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

सत्यमेव जयते



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/procedures 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 अधिकार, हस्तग्राही को उसे से भागने-लगेगी जो "कॉलोना पाइन्डेक्स" से प्रितिय सहायता हो सिद्धिवा की जाती है। जिसे हम (हमसावा) विम उपाय से राज्य व स्वीकार करते हैं।

1. यह कि न तो कार्यपत्र और न ही अधिकांश में विहित सहायक किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्तरीय से उक्त लेखी/पाठ्य में होने या होना है, जैसे कि हमने “कोशिका फाउन्डेशन” को विकसित/विनिर्माण करने के सम्बंध में “कोशिका फाउन्डेशन” द्वारा पार देना कि है। यदि “कोशिका फाउन्डेशन” द्वारा सहायक विनियम व्यवस्थागत करने मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य भी सरकारी स्तरों या किसी अन्य संगठनों से सहायक होने का अधिकार सुनिश्चित रहता है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वारा पार उक्त लेखी/पाठ्य में देने किलो कि सरकारी संस्था या किसी अन्य संगठन से नहीं लेना-देना।
2. “कोशिका फाउन्डेशन” से जो गुं सहायक प्रयोग विनियम प्रवृत्ति की है। ऐसी या हस्ताक्षर द्वारा जो गुं सहायक या किने गये उपधा/प्रक्रिया या पुनरा लेखी एवं हस्ताक्षर को बोध का विषय है और “कोशिका फाउन्डेशन” द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इत्यदि हस्ताक्षर में गोपी की तुलना मुद्रा और अपने जाने की जारी नियमोपदेशी ऐसी एवं हस्ताक्षर को छोड़ें और “कोशिका” की कोई सीमा या नियमोपदेशी रूप मांगते में नहीं होती।

स्वीकृती के लिए संन्यासि

27 | 6 | 18

DR. WANGCHUK SOMA
Consultant
V (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
1/3/2020 का नाम के अनुसार का रजि. नं.
Physician, Nephrology, Dialysis, & O.R.

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

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक प्रत्येक हेतु

न्यासी प्रस्ताव ।

न्यासी इस्लाम 2

Safar

Rich E