

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No. : K10718/0856

APPLICATION DATE : 16/08/18

NAME of APPLICANT : BASUDEV YADAV

AGE-YEARS 63

SEX M

FATHER/SPOUSE'S NAME : LATE PRASADI YADAV

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : बसुदेव आशुतोष पट्ट
BACHHEDIH, NAWALSHAH, KODERMA,
JHARKHAND, 825418.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आशुतोष पट्ट

A.S ABOVE

OCCUPATION : LABOURER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : RS. 20000 x 12 = 24,000/-

(Attach Proof of Income)
(आपका आय प्रमाण)

PAN No. स्थाई आय कर संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
आप आय करदाता हैं (जो लागू 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 संबंध
1.	BASUDEV YADAV	63	M	SELF
2.	MANAWATI DEVI	32	F	DAUGHTER
3.	SUNITA DEVI	30	F	DAUGHTER
4.	SANJAY KR. YADAV	27	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए किसी 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) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे करने किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE (SICS + IOL)

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 सी गई सहायता राशि

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 धोखा खाता हूँ कि इस प्रमाण से दिने एवं धर्म विचारण मेरी जानकारी को अनुसार सम एवं गरी है। यदि कोई विचारण एवं कथन असत्य प्राप्त जाता है तो मेरी साक्ष्यता विचारण को न्यस्त करती है।
- 2) मेरे द्वारा जो साक्ष्यता दलि "भौतिक साक्ष्यता" से ही न्यस्त है, उसका उपयोग उन्नी उद्देश्य को पूर्ण के दिने किया जायेगा, जो इस प्रमाण में न्यस्त है।
- 3) मैं पुनः बता हूँ कि जिस साक्ष्यता हेतु यह प्रमाणण को न्यस्त है, उस दलि का अधिकार या सकल विचारण किसी अन्य को/गोपनीयता/वीर्य सम्पत्ति से न हो सकिता है और न ही भविष्य में सकिता।

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 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 इसागत या अंतर्गत की जानकारी अनुसार, मैं (अवलोकक) अपनी समझ की पूर्णता काटू हूँ एवं "कॉसिका फाउंडेशन और उसकी न्यायीय" को अधिकृत करता हूँ कि वेद पराम, पार, चोटे और जो विभाग इस प्रश्न में संबंधित है, उसे "कॉसिका" एम्प न्यायी, पर, मायका/या दूसरे उद्देश्य से पूरी परिधि/विधि और उपलब्धियों को हिले किसी भी प्रकार सम्मान से इसागत करने को लिए अधिकृत है। मैं प्रश्न का विभाग में इसका को पालने या बंद में करने को लिए "कॉसिका फाउंडेशन" व न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (अवलोकक) इस बात से सहमत हूँ कि वेद पराम, पार, चोटे और विभाग जो कि इसागत को उद्देश्य से उपलब्ध है मुझे पता: इसागत का उद्देश्य गरी बचता। इस सम्बंध में "कॉसिका" एम्प उसकी न्यायीय का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होता।

अर्थशास्त्र के विकास में अर्थशास्त्रियों की भूमिका



By affixing hereunder, signature of our Authorised 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.

इसमें अभिप्रेत, हमारा भी जोर है मसालेदारों को "कोशिका पराजय" से विजित साधना हेतु शिक्षा को जारी है, जिसे हम (हमारे) दिन प्रकाश से सत्य व सीमा को है।

- (1) यह कि न तो सर्वोच्च और न ही अधिकतम में स्थिति प्राप्तता किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य व्यक्ति से उक्त ऐतिहासिक में लगे या से हो रहे, जैसे कि हमने "कोशिका फायदेमंद" से निवारित/विनिर्गत उक्त के सम्बंध में "कोशिका फायदेमंद" द्वारा गहरा हेतु कि है। यदि "कोशिका फायदेमंद" द्वारा प्राप्त विनिर्गत अतिरिक्त/अवकाश हेतु मान्य नहीं किया जाता है तो अगला किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था/पक्ष से प्राप्तता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अगला द्वितीय गहरा उक्त ऐतिहासिक हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं होगा/लेगी।

2. "बीजिका पाठ्यपुस्तक" से ली गई सामग्री अंशतः प्रतिलिखित की है। ऐसी या इसप्रकार द्वारा ली गई सामग्री या किन्हीं अन्य उपकरण/प्रक्रिया का उपयोग ऐसी एवं इसप्रकार के लेख का विषय है और "बीजिका पाठ्यपुस्तक" द्वारा किसी प्रकार का कोई उल्लंघन नहीं है। इसलिखित इस्तेमाल में ऐसी केंद्र प्रत्यक्ष सुरक्षा और जाने-जाने की सभी जिम्मेदारियों ऐसी एवं इसप्रकार की होगी और "बीजिका" को कोई धुंधला या बिम्बेदारता इस मामले में नहीं होगी।

सन्धीकुली को लिप्य संरक्षति

जैनधर्म की शक्ति

10/05/18

MBBS, MS, PhD(Eye)FMRP,FSNEC
(Name of Dr. & Regn. No. with FMRP)

डाक्टर का नाम: डॉ. राजेश कुमार सिंह, एम.बी.बी.एस. Research Centre

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

नाम व पद इसपतालु अधिकतु अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

म्यामी प्रस्ताव ।

म्यामी इलाहाबाद ३

Exempel

दिनांक