

C18/04/0058

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No.:

A/0918/0430

APPLICATION DATE:

20/09/18

आवेदन संख्या:

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT:

Vidhaya Devi

AGE-YEARS आयु-वर्ष

62

SEX लिंग

f

अर्हता का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

Hari Singh

पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

City: - Krishna Colony Alwar, Dist. Alwar

Dist: - Alwar, Rajasthan

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

as above



Pre OP. Post OP
0430 Vidhaya
Devi

OCCUPATION:

labourer

व्यवसाय

TOTAL ANNUAL INCOME:

70,000/-

कुल वार्षिक आय

(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):

Yes/No

हां/नहीं

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

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 अर्हता के साथ सम्बन्ध
1.	RUSH SINGH	45	M	Son
2.	AMAR SINGH	43		Son
3.	RAJU	40		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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये निम्नी 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 - SICL + 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 राशी
1.	SCGH	

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 & original documents liable for rejection/cancellation.

- AGREEMENT by APPLICANT (show the way)

- अमेरिका के राजपूत या अंग्रेज का रिश्ता

② thumb

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, v
(Hospital) hereby affirm & accept following:

2. "कोशिका फाटने" से तो नई सस्यका फलत विविध प्रकृति की है। ऐसी पर हमसकत ह्य ए नई ससाह या किने गये उपकर/प्रक्रिया का चुनव ऐसी एवं हमसकत के बीच का विषय है और "कोशिका फाटने" ह्य किनी प्रकत का कोई दखन नही है। इसलिये हमसकत में ऐसी के हतव सुकत और अने अने की सारी जिम्मेदारी ऐसी एवं ह्य की होगी और "कोशिका" की कोई भुनिका या जिम्मेदारी इस फलत में नही होवे।

संयोजकता के लिए संरचना

Date of Surgery अर्पण का दिनांक 21/09/18	Dr. Dharm Singh (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व पंजीकृत नं. सह छाप	(Name, Designation & Stamp of Authorised on behalf of Hospital) डॉ. श्रीराम...
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तरिक उपयोग हेतु

न्यायों इत्यादि ।

न्यासी हस्ताक्षर १

Exempel

here