

C18/11/0065

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

V/1118/0764

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

05/11/18

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Radhuver Dayal

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

57

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कन्या का नाम

Babulal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Vill + Post - Balhikari, Dist - Mathura

U.P. 281308

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

Same as Above



Preop Postop

(0764) Radhuver Dayal

OCCUPATION :

व्यवसाय

Farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

21500/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

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

क्या आप आय कर पत्रा है (जो मान्य हो उस पर चिह्न का निशान लगावे)

Yes / No

हाँ / नहीं

NA

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	Uma devi	5	F	Wife
2	Musaf Lal	21	M	Son
3	Raghuveer Sonner	19	M	Son
4	Kerendra Sharma	16	M	Son
5	Manglu	12	F	Daughter
6	Kadha	10	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा 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) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे करने विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE - IMRC
	LE - IMRC
	Surgery - (RE) Siles + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इन उद्देश्यों 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	SCCH	

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 liable for rejection/cancellation.

- AGREEMENT by APPLICANT (attach to work)

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 हस्तक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अवेदक) अपनी सामग्री की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका काउंटिंग और उसके न्यायियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और कोई विवरण इस प्रश्न में कोशिका है, जहाँ "कोशिका" एचएम न्यायी, राज, साबराज्य द्वारा उद्घरण से दूरी कोशिकाधिसी और उल्लेखों के लिये किसी भी प्रकार सम्मान से प्रशंसा करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न को विवरण में उत्तर के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका काउंटिंग" में न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (अवेदक) इस बात से सम्मति हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों के प्रेषित है मुझे सहा: साबराज्य का इन्फार्म नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एचएम उल्लेख न्यायियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आगेदक के इन्तारा या अंग्रे या भित्त

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा वचन)

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.

इसकी अतिवृत्ति, इसका अर्थ ही और से घुमने/ऐसी को "कोशिका पाउन्डेशन" से निहित सामान्य हेतु विपरीत की जाती है, जिसे हम (इन्फार्म) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो संसदन और न ही यहियत में विहित सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य शरीर से उठा रोटीगमले में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिपडिजिटल/डिजिटल उपलब्ध के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मरर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी कोशिकासमल हेतु यन्त्रु नहीं किया जाता है तो सहायता किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य यन्त्रुपन से सहायता लेने का अधिकार सुशुद्धि रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता द्वितीय मरर उम्मा रोटीगमले हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य यन्त्रु से नहीं लेना/लेनी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से तो यह सहायता केवल विहित प्रकृति की है। रोटी या हस्तगत द्वारा ही यह सहायता या दिने भरे जरवा/प्रक्रिया का युगत रोटी एवं हस्तगत के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रखना नहीं है। इसविषे हस्तगत में रोटी के इतना मुक्त और अने जाने की पावे विनियमन के अन्तर्गत ही होती और "कोशिका" को कोई सुविधा या विनियमन इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

— स्वीकृती के लिए संरक्षित

05/11/08

Dr. Ashwini Kumar
MBBS, MS, FICO
Reg. No. 66028

(Name of Dr. & Regd. No. with Stamp)
 डॉक्टर का नाम व रेजिस्ट्रेशन नं. के साथ स्टाम्प

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

नाम व पद इत्यादि अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तराष्ट्रिय कृषिसेवा केंद्र

SIGNATURE of TRUSTEE 1

ज्यामी इन्टरनेट

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी इस्तेखान 2