

18/11/2018

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)			Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: 7/1118/0778 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 12/11/2018 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT: Lakhan Lal आवेदक का नाम		AGE-YEARS 68 वयस	SEX M लिंग	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Sh. Jaimal. पिता/सहोदर का नाम				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: H.N-169, Vill-Divali, Teh-Wair Distt-Bharatpur, R.T. 221401 वर्तमान आवासीय पता				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: Same as above स्थायी आवासीय पता				
OCCUPATION: Farmer व्यवसाय			MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: 19500/- कुल वार्षिक आय			(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न) NA	
PAN No. [Blank] आय का साक्ष्य संलग्न				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाखल हैं (जो लागू हो उस पर चिह्न का निशान लगाएं) Yes / No हां / 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.	Dhoni	60	F	Wife
2	Asok	37	M	Son
3	Vinod	34	M	Son
4	Sangeeta	30	F	Daughter
5	Babli	27	F	Daughter
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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 किने गये निम्नलिखित उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
	RE - IMAC			
	LE - IMAC			
	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 सही गई सहायता राशि		
1.	SCCH			



Preop Postop

(0778) Lakhan Lal

DECLARATION by APPLICANT: **ਅਮਰਿੰਦਰ ਸਿੰਘ ਬੰਦਰਾ ਵਾ:**

- 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.
- 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 expenses for which this assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस पर गंभीरतापूर्वक प्रति "कीर्तिका फाउंडेशन", से सहायता की है, इसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु या प्रत्यक्ष को नहीं हूँ, इस सहायता का अतिरिक्त या अलग किसी अन्य स्रोत/निरोद्धकारी/कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक का पत्र)

- 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 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 इच्छा या जेठे को छाप लगाकर, मैं (अर्पक) अपनी संपत्ति को पुष्टि करता हूँ एवं "कॉशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रोचित है, उसे "कॉशिका" समूह, पत्रिका, पत्र, साप्ताहिक पत्रों, उत्सवों से जुड़ी गतिविधियों और वार्षिकियों में लिखें किसी भी प्रकार सम्मान से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इच्छा को पढ़ने या बाद में करने के लिए "कॉशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्पक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सम्पादन के उत्सवों से प्रेषित है मुझे स्पष्ट: सम्पादन का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कॉशिका" समूह उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और सार्वभौमिक होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आर्सेनिक के इस्तेमाल या अंगूठे का निशान

0249 m12

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कबूल)

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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

बच्चे ललिताना बचपनी की ओर से प्रकाशित की गई "कॉन्सिडर एक्साइज" में विभिन्न प्रकार के निबंधों को जारी है। बिने हन (हमपाठ) नियम प्रसार से मान्य व स्वीकार करने हैं।

- 1) यह कि व हो कार्यवाह और व ही अधिकार में विहित सहायक किसी और सरकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थान से उक्त सेवा/पदों में लेने का लेख हो, जैसे कि हमने "कोशिका पाठ्यवेष्टा" से शिक्षण/निरीक्षण उपाय को सम्बंध में "कोशिका पाठ्यवेष्टा" द्वारा नगर हेतु कि है। यदि "कोशिका पाठ्यवेष्टा" द्वारा सहायक विधि अधिकाधिक/व्यक्त हेतु प्रमुख गयी किण्व ज्ञान है तो अन्यथा कि किसी अन्य और सरकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थान से सहायक लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पूर्व में स्पष्ट कहा जाता है कि अगस्त्य विधि नगर उक्त सेवा/पदों हेतु किसी और सरकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थान से गयी सेवा/पदों।

2. "कॉशिका फायनेन्स" से सी गैर सार्वजनिक कंपनी विकसित हुई है। कंपनी पर इस्पात द्वारा सी गैर सार्वजनिक का बिजनेस गैर उद्योग/उद्योग का सुझाव नहीं है। इस्पात से सी गैर सार्वजनिक है और "कॉशिका फायनेन्स" द्वारा बिजनेस उद्योग का कोई उद्योग नहीं है। इसलिए इस्पात से कंपनी को इस्पात सुझाव और जानने करने की जगह बिजनेस की होगी और "कॉशिका" की सी गैर सार्वजनिक का बिजनेस/उद्योग इस प्रकार से नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृति के लिए संस्थान

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

13/17/08

Dr. Ashwini Kumar

MBBS MS FICO

Reg. No. 68028

Time

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

हाउस का नाम व इलाका व रिवि न

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

मामे त पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग के लिये

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासो हस्तान् ।

Erklärung

SIGNATURE of TRUSTEE 2

म्यामी इन्टरलर 2

Self