

C18/11/0157

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

V/1118/0705

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

12/11/018

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Ramesh.

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

71

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME

पिता/कन्या का नाम

S/O Lohare.

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

H.no-66, Mahant Colony, Bhushawati

Datt-Bharatpur, R.J. 321406

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

Same as above



Preop Postop

(0705) Ramesh

OCCUPATION :

व्यवसाय

Unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

NA

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न) NA

PAN No. स्थायी खाता संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य 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 सम्बन्ध
1.	Amuna	late	late	Wife
2.	Ujendra.	40	M	Son
3.	Bhokra	33	M	Son
4.	Bunty	30	M	Son

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 किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रखिमेदन सूची संलग्न
	RE - IMSC
	LE - IMSC
	Surgery - (RE) Sickle + ToL

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.	SCFH	

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 assn 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 incurred for which this assistance is requested.

1) मैं अंतर्गत करता हूँ कि इस प्रमाण से दिखे गये सभी विवरण भेटी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन अलग प्रत्यक्ष साक्ष्य से तो भेटी सहायता प्राप्त की जा सके।

2) सी. आर. जे. साहयग 'सी. "कौशिक काव्यदेवता", से सी. आ. जो है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाये, जो इस प्रश्न में पर रखा है।

3) मैं नहीं बताऊँ कि किस समाज में वह प्रार्थना की गई है, इस दृष्टि का अधिक या कम विस्तार किसी अन्य प्रायोगिक/वैयक्तिक समुदाय में न हो सके है और न ही भविष्य में हो।

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 हस्ताक्षर या अंगूठी की छाप लगाकर, मैं (अक्षरों में) अपनी सामग्री की पुष्टि करता हूँ एवं "कॉशिका काउन्सिल और उसके ग्यारहों" को अधिभूत करता हूँ कि मेरा नाम, नाम, पते और को विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कॉशिका" एक्न् ग्यारहों, दूर, वाचक/वा दूरले अक्षरों से मुझे घोषितियों और वपारियों को दिने किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिभूत है। मेरे द्वारा का विवरण में प्रश्न के उत्तर का यह मे करने के लिए "कॉशिका काउन्सिल" व ग्यारहों अधिभूत है।

2) मैं (अध्यापक) इस बात से सहमत हूँ कि भेद, पाव, फोटी और विचारन को कि साक्षरता से उत्पन्न हो सके प्रशिक्षित है मुझे लगता है साक्षरता का हकदार नहीं बनता। इस सम्बंध में "कलिका" नामक पुस्तकें मद्रासों का निर्माण करीब और बाध्यकारी होना।

आपके कर्मों से प्रभावित होकर आप अपने जीवन में बदलाव ला सकते हैं।

पञ्चमः

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.

1) यह कि न तो भारत और न ही पश्चिम में इतिहास साधना किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से उभर रही है। हमें यह स्पष्ट होना चाहिए कि हमारे "कोशिका फाउन्डेशन" से निष्कासित/निर्मित उभर का सम्बन्ध न तो "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मरकर हो रहा है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा साधना किसी अतिरिक्त/अन्य साधना से हो रही है तो यह स्पष्ट है कि अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से साधना लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जा सकता है कि अल्पसंख्यक इतिहास मरकर उभर रही है।

2. "कोशिका पाचनमंडल" से की गई सामग्री कोश विघटन प्रवृत्ति की है। रोगी पर इन्फेक्शन ड्राप दी गई सलाह का किये गये उपचार/प्रक्रिया का सुचारु रोगी एवं इन्फेक्शन को बीच का विपणन है और "कोशिका पाचनमंडल" द्वारा किसी प्रकार का कोई रक्षण नहीं है। इसलिये इन्फेक्शन में रोगी को इन्फेक्शन सुलभ और जाने जाने की सारी विधियाँ रोगी पर लागू की जाती हैं और "कोशिका" की कोई सुरक्षा या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

सर्वोक्तानां च लिप् संस्तुति

Dr. Ashwini Kumar

MBBS, MS, FICO

Reg. No. 66028

Time _____

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

हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

13/11/018

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

राज्य व पद हस्तगत अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

म्यासी हस्ताक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायी इन्द्रावर २