

C18/11/0160

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika
foundation
Building block of lifeAPPLICATION No. :
आवेदन संख्या :

V/1118/0700

APPLICATION DATE :
आवेदन तिथि

12/11/018

NAME of APPLICANT :
आवेदक का नाम

Chander kala

AGE-YEARS आयु-वर्ष

60

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :
पिता/कन्या का नाम

O/o Ram Katan

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

H.No-290 B, Nagla Sirsiyan

Tch-Weir, Dist-Bharatpur, R.J. 32407

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

Same as above



PASTE PHOTO HERE

Preop Postop

(0700) chander kala

OCCUPATION :
व्यवसाय

Housewife

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :
कुल वार्षिक आय

NA

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न करें) NA

PAN No. स्वयं खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चक्रांक 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.	Lata Ram.	late	M	Husband
2.	mBhulesh	23	F	Daughter
3.	Poonam	20	F	"
4.	Hema	17	F	"
5.	Gaura	13	F	"
6.	Vivek.	11	M	Son.

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनिर्दिष्ट 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 विनियम का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE IMRC
	IS - IMRC
	Surgery - (RE) SIC + 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 लेई गई सहायता राशि
1.	SCEH	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

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 amount for which this assistance is requested.

- 1) मैं सीधे कह रहा हूँ कि इस प्रश्न में दिने गले सभी विचारों में ही समझती के अनुसार सब सही है। यदि कोई विचार एवं कथन असत्य प्रकट हो तो मेरी समझाना निरास नहीं आ सकती।
- 2) मेरी इसमें कोई समझाना नहीं "कोईकहा प्रमाण" है, जो सही नहीं है, इसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जावेगा, जो इस प्रश्न में पूरा नहीं है।
- 3) मैं स्पष्ट करता हूँ कि बिना समझाने के यह प्रश्न की गति है, जब सही या असत्य या समस्त विचार किसी अन्य प्रमाण/निष्कर्ष/सही समझती के न हो सके हैं और न ही परिणाम में सही।

AGREEMENT by APPLICANT (and/or his/her)

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 ओरों की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोटिका फाउंडेशन और उसके पत्राचार" की अधिभूत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में उल्लिखित हैं, उसे "कोटिका" एग्यु पत्राचार, चयन, प्रकाश/प्रकाशक द्वारा उत्तरों से मुझे प्रतिनिधित्व और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार सम्मान से प्रभावित करने के लिए अधिभूत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पहले या बाद से करने के लिए "कोटिका फाउंडेशन" में पत्राचार अधिभूत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहभाग के उत्तरों से प्रभावित है मुझे तथा: सहभाग का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोटिका" एग्यु उसके पत्राचारों का निजी अधिकार और सम्पत्ति कोष।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक को इलाक़ा या ब्लॉक का निवासी



AGREEMENT by HOSPITAL (HAF001 20 400)

By affixing her/his 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.

हमारी अविचार, हथकड़ी की जंजर से बांधेलेली की "कॉन्सिडर कन्वेन्शन" की दिविन सामग्री से विचारिता की जाये है, जिसे हम (हमसाल) विन प्रकार से पाया व स्वीकार करते है।

- 1) यह कि न तो यॉर्मन और न ही रूसिय में द्वितीय महायुद्ध किसी भी सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रोत से उभर रोहोपायाने में होते या तो रहे हैं, बल्कि कि हमने "कॉन्सिडरा फाउन्डेशन" से निष्पत्ति/निष्पत्ति उभर के सम्बन्ध में "कॉन्सिडरा फाउन्डेशन" द्वारा मरर हेतु कि है। यदि "कॉन्सिडरा फाउन्डेशन" द्वारा महायुद्ध विरुद्ध अतिरिक्त/मररर हेतु मरररु लोको किया जाता है तो अस्पष्टता किसी अन्य भी सारकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से महायुद्ध होने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पूर्व में मररर वडा जाता है कि अस्पष्टता द्वितीय मररर उभर रोहोपायाने हेतु किसी भी सारकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से लोको रोहोपायाने।

2. "बोशिया काउन्टेरेशन" में तो यह साक्ष्य कोषाति विविध प्रकृति की है। ऐसी या इसकात इस ची याँ सलाह या किये गये उपपद/प्रक्रिया का मुख्य ऐसी रूप इम्पाउन्ट के बीच या विषय है और "बोशिया काउन्टेरेशन" इस किसी प्रकार का कोई एकाग्र नहीं है। इसीलिए इसकात में ऐसी के इसकात मुख्य और जाने जाने की सारी विधियाँ ऐसी रूप इम्पाउन्ट की होती और "बोशिया" की कोई बुनियाद या जिम्मेदारी इस प्रकार में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संयुक्ति

~~Dr. Ashwini Kumar~~

MBBS,MS,FICO

Reg. No. 68028

Time _____

(Name of Dr. & Regn. Div. with Stamp)

आवश्यकता पड़ने पर नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

14/11/018

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

नाम य पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्यादि उपपत्तेरिति

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी इस्तख़र 2

Erasmus

Scarf