

C18/11/0224

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika foundation Building block of life.		
APPLICATION No.: आवेदन संख्या: V/1118/0806		APPLICATION DATE: आवेदन तिथि 15/11/018		
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम Hattu		AGE-YEARS वयस-वर्ष 83	SEX लिंग M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कटुम्ब का नाम Bhullan				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास का पता H-No-144, Jafar Bhatt Suhani, Distt-Bharatpur, R.T. 381406				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवास का पता Same as above				
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. स्थाई खाता संख्या				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर चुकाते 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	Ramprath	60	F	Wife
2	Bheer Singh	45	M	Son
3	Ramkishan	40	M	Son
4	Fattu Singh	38	M	Son
5	Omprakash	34	M	Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विवृति आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाव प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाव प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाव प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विवृति का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
	RC - TMS			
	LE - TMS			
	Surgery - (LE) Sics + TOL			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किन्ती अन्य स्रोत से लिया गया हो?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लगी गई सहायता राशि		
1	SC CH			



DECLARATION by APPLICANT: **उत्प्रेरक 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 ass. 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 for which this assistance is requested.

1) मैं सोचना चाहता हूँ कि इस प्रश्नन में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन तथ्यमान पाया जाता है तो मेरी सहमति विरुद्ध भी मैं इसे

2) मैं इस को साक्षात् प्रति "कॉन्सिडर फ़ाइनडेड", मैं सी कर रही हूँ, उसका उपयोग अभी अंतरण की प्रति में दिखे किन्तु अर्थों, जो इस प्रान्त में पर गय है।

3) मैं नहीं मानता हूँ कि बिना परामर्श हो यह प्रार्थना की गई है, उस दलील का अर्थिक या सकल विमर्श किसी अन्य छात्र/विद्यार्थी/शोध कार्यवाही से या तो लिया है और या ही भविष्य में लीजिए।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक का हस्ताक्षर)

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 का उत्तर इसका या नहीं की बात जानकर, मैं (अमेरक) अपनी समझ को मुद्रित करता हूँ एवं "कोशिका पाठ्यक्रम और उसके आधारों" के अधिष्ठित करता हूँ कि मेरा मत, जो, यदि भी, मेरे विचार इस प्रश्न में संलग्न हैं, उसे "कोशिका" एवम् मस्तिष्क, मन, चमत्कार या दूसरे उद्देश्य से मुझे प्रतिनिधित्व और प्रत्यक्षित्व के लिये किसी भी प्रकार मध्यम के माध्यम के बिना स्वीकार है। मेरे प्रश्न का विचार मेरे प्रश्न के पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका पाठ्यक्रम" में प्रत्यक्ष स्वीकार है।

23. मैं (आलोचना) इस बात से सहमत हूँ कि गैर-चम, पढ़ा, बोलो और विचारों को कि साक्षात्कार के उद्देश्यों से प्रेरित है मुझे सवा: साक्षात्कार का इकाएक गरी सवाहा। इस सम्बंध में "बोलीला" एकमात्र प्रत्यक्ष का निर्देश और सम्बन्धकारी होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आपेकह नई इज्जतवा या अंगरेजी का विरोध

AGREEMENT by HOSPITAL (אשרור על בית חולים)

By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Institution) 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.

इससे अभिप्राय, इसकाही भी और से गणतन्त्रवादी को "सोशलिस्ट फ्रान्क्माइन्" से निहित साक्षात्कार हेतु सिद्धांतों को जगदी है, जिसे हम (इसका) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि वे जो संप्रदाय और वे जो संविधान में विहित व्यवस्था किसी भी सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्वीत से प्राप्त होती/पाएगी वे और वे जो हैं, जैसे कि हमने "संविधान प्रादेशिक" में विहित/विहित/विहित उपाय में संविधान में "संविधान प्रादेशिक" द्वारा गहरा है। यह "संविधान प्रादेशिक" द्वारा व्यवस्था विहित व्यवस्था/व्यवस्था होगी या/या नहीं कि यह व्यवस्था किसी अन्य भी सारकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थान में व्यवस्था होने का अधिकार सुनिश्चित करता है। इस मुद्दे में स्पष्ट कहा जाता है कि व्यवस्था विहित गहरा प्राप्त होती/पाएगी होगी किसी भी सारकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थान से नहीं होती/पाएगी।

2. "कोशिका सायनोसोल" से ली गई साधारण कोशक विविध प्रकृति की है। ये ली पर इस्तेमाल द्वारा दी गई साधन या मिले गए उपचार/प्रक्रिया का प्रभाव सभी ली गई ब्रम्हाण्ड

की शक्ति का विचार है और "अविद्या" अवधारणा का अर्थ है अज्ञान। इसलिए हम कह सकते हैं कि अज्ञान ही हमारे अंधकार का कारण है। अज्ञान को दूर करने के लिए हमें ज्ञान प्राप्त करना चाहिए। ज्ञान ही हमारे अंधकार का कारण है। अज्ञान को दूर करने के लिए हमें ज्ञान प्राप्त करना चाहिए।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्यीकृती के लिए संस्थिति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

Dr. Ashwini Kumar

MBBS, MS, FICO

Reg. No. 66028

Time _____

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

हस्तार का नान व हस्तार व सन्नि मे

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

यम व पद हम्मताल अभिजित अभिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION जनार्दन नरपण्ण रेड

SIGNATURE of TRUSTEE 1

संस्कृत-विभागः

SIGNATURE of TRUSTEE 2

जयश्री गणेशाय नमः