

C18/110232

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

(Healthcare)

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building block of life.

 APPLICATION No. : १/१११०/०८११
 आवेदन संख्या :

 APPLICATION DATE : 15/11/018
 आवेदन तिथि

 NAME of APPLICANT : Vinshambar Dayal Saini
 आवेदक का नाम

 AGE-YEARS आयु-वर्ष 72
 SEX लिंग M

 FATHER'S/SPOUSE'S NAME : Devi Ram Saini
 पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

 H.No - 122, Raghunath Daga Ke Samne
 Bhutawan, Dist - Bhamatpur, R.T. 321406

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

Same as above

 OCCUPATION : Farmer
 व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

 TOTAL ANNUAL INCOME : 21000/-
 कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आप का साक्ष्य संलग्न) NA

PAN No. स्थायी खाता संख्या

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

Yes / No

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगायें)

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	Kalawati	67	F	Wife
2	Hukam	40	M	Son
3	Prakash	33	M	"
4	Rushprender	24	M	Son
5	Bhagwan	20	M	"

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनंति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय 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 विनंती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RT - IMAC
	LE - IMAC
	Suriguliy - (R) SCS + PCL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लीया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशी
1	SCEN	

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** (अर्जितक द्वारा सहमत)

2) मैं (आत्मनः) इस बात से साबित हूँ कि मेरा मन, वा, चेतने और विचार को जिस प्रकार के स्वरूपों से प्रविष्ट है, मुझे तथा: साबित या समझाती नहीं। इन सभी में "अविद्या" उत्पन्न करने वाली है और अविद्या ही है।

असिंह के हाथों से अंतर्गत की गई थी।

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल से सहमति)

2. "कोशिका फाटनेवाला" से तो यह सामान्य कोशिका विभजन प्रकृति को है। ऐसी या इनसाइन द्वारा ही यह जाना या किने गये इनसाइनप्रोसेस का मुख्य फल एवं इनसाइन के बीच का विषय है और "कोशिका फाटनेवाला" द्वारा किसी इलाक़ा का कोई रक्षण नहीं है। इसलिये इनसाइन में ऐसी के इलाक़ा मुख्य और आगे जाने को सारी जिम्मेदारियों को सौंप दिया जाये और "कोशिका" को कोई भविष्य या किम्मेदारियों का जाल नहीं बंधी होगी।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

15/11/08

Dr. Ashwini Kumar
MBBS MS FICO
Reg. No. 65328
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
मानव संसाधन प्रशासक अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
महेश्वरी हरीश्वरी

SIGNATURE of TRUSTEE 2
 मन्त्री हस्ताक्षर 2