

CIB/11/0220

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

V/1118/0813

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

15/11/18

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Mangti

AGE-YEARS आयु-वर्ष

68

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कन्या का नाम

Sureshpal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता

H.No-29, Kali Pura

Bhulawan, Distt-Bharatpur, R.T. 38/406

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवास पता

Same as above


 Precy Patel
 (0813) Mangti

OCCUPATION :

व्यवसाय

Tailor

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 दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगायें)

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	Lohari	57	F	Wife
2	Bhagwan	34	M	Son
3	Nopal	30	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विधि 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 विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE - IM&C
	LP - IM&C
	Surgery - (CE) SCS + PCL

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 लिया गया सहायता राशि
1	SC EM	

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 यहाँ पर कह रहा हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं/अथ सहाय्य भ्रम्य प्रकट है तो मेरी प्रार्थना निरास की जा सकती है।

2) मेरी दृढ़ता से प्रार्थना यही "व्यक्तिगत फंडाईंग" है, जो कि वास्तविकता है, प्रार्थना उपयोग जारी रखने की पूर्णता के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में पूरा पूरा है।

3) मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि मैंने प्रार्थना के लिए यह प्रार्थना की नहीं है, इस प्रार्थना का व्यक्तिक या भ्रम्य प्रार्थना किसी अन्य स्रोत/निर्धारक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लेंगा।

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 fulfillment of the "purpose" for which assistance is being requested.

[illegible]

2) मैं (अनिरुध्द) इस बात से साबित हूँ कि योग, पत्र, फोटे और विचारों से कि साहस्यता से व्युत्पन्न है जिसे मैंने अपने मनः साहस्यता का इन्द्रिय नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कलितम्" एक उत्तम न्यायिक या निर्णय लेने और सम्बन्धकारी होता।

आपदेवक से इसाधवा या अंगूरी या निराध

ਮੰਗੀ

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.

इसमें अतिमूल्य, इलाखों की और से समलैंगिकता को "बोलिएवा पाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हमपाता) विनम्र प्रणाम से धन्य व समीक्षित करते हैं।

1) यह कि न तो सर्वजन और न ही सीधे या अप्रतिपक्ष विधायी तौर पर सारकारी सम्पत्ति या किसी अन्य स्रोत से काला सेवी/समलैंगिकों को सेवाएं या तो खर्च हो, जैसे कि इनमें "कोशिका कारागार" से निष्काशित/विनिर्गत उद्घाटन के सम्बंध में "कोशिका कारागार" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका कारागार" द्वारा सारजन्य विनिर्गत अतिरिक्त/समलैंगिक हेतु समुदाय नहीं दिया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य तौर पर सारकारी सम्पत्ति या किसी अन्य सम्पत्ति से सारजन्य सेवा का अधिकतर सुविधा रहता है। इस मुद्दे में स्पष्ट कहा जाता है कि सारजन्य विनिर्गत मदद उद्घाटन सेवी/समलैंगिक हेतु किसी तौर पर सारकारी सम्पत्ति या किसी अन्य स्रोत से नहीं प्राप्त होती।

2. "बॉलिका फाउन्डेशन" में भी गई सहायता केवल धार्मिक प्रवृत्ति की है। ऐसी पर हमलाएँ हुए हैं और जहाँ या बिने गले दण्डप्राप्तियों का भुगतान नहीं कर सकते हैं। बॉलिका को बीच का विभाग है और "बॉलिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दण्ड नहीं है। इसलिए हमारा यह ऐसी के द्वारा सुरक्षा और जाने जाने की जारी रखना है। बॉलिका की होगी और "बॉलिका" की कोई सुविधा या विनिर्देशों इस मामले में नहीं होगी।



RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संसक्ति

Date of Surgery
अनेकाल की तारीख

15/11/018

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

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory
on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर ।

Exempel

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी इस्तेफा २

Self