

C10/11/0214

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

V/1110/0823

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

15/11/018

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Leela

AGE-YEARS आयु-वर्ष

55

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कटुम्भ का नाम

D/O - Bhanu

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Khera Tera, Bela

Dist - Alwar - R/W - 321605

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

same as above



PASTE PHOTO HERE

Pr of P of

(0823) Leela

OCCUPATION :

व्यवसाय

Housewife

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 चिह्न 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	Shiv Singh	60	M	Husband
2	Brijmohan	31	M	Son
3	Vir Singh	24	M	Son
4	Prem Singh	20	M	Son
5	Laksh	17	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 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) उपभोक्ता 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 - IMAC
	LE - IMAC
	Surgery - (RE) Sica + Tol

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?

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 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 सोचता करता हूँ कि इस प्रक्रम में दिने गये सभी विचार मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विचार एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी साक्ष्य निरास की जा सकती है।
- 2) मैं इस जो साक्ष्य प्रति "पॉजिटिव फाइनॉरल", तो ही का रही है, वरना उन्होंने उसी प्रेरण की पूर्ति के लिये बिना कारण, जो इस प्रक्रम में पाया गया है।
- 3) मैं पुनः करता हूँ कि जिस साक्ष्य से यह प्रमाण की गई है, उस प्रति का अधिक या समस्त विचार किसी अन्य कोर्ट/निवेदन/दीया कम्पली से न हो लिया है और न ही भविष्य में लीगा।

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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.

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 इस प्रकार हो सकता है: (अनुवाद) अपनी सार्वभौमिकी की पुष्टि करता है एवं "कॉलिका काउन्सिल और उसके न्यायीयों" को अधिकृत करता है कि वे संघ, राज्य, प्रदेश और के विचार इस प्रश्न में संलग्न हैं, उसे "कॉलिका" दण्ड न्यायी, दण्ड, व्यवस्थापक द्वारा वर्द्धन से मुक्त परिधिस्थित और न्यायभित्तियों को देने किसी भी प्रकार सम्मान से प्रत्यक्ष करने के लिए अधिकृत है। यह प्रश्न का विचारण में इसका को पहले या बाद में करने के लिए "कॉलिका काउन्सिल" व न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (अनुवाद) इस बात से साक्षर हूँ कि संघ, राज्य, प्रदेश और विचार को कि सम्मान के वर्द्धन में संलग्न है मुझे स्पष्ट: साक्षात्कार का हकदार गरी करता। इस सम्बंध में "कॉलिका" दण्ड उसके न्यायीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आर्सेनिक के दवाइयों का खंडों का विवरण

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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इसमें अभिभूत, डरावली की आँख से समालोचनों को "बोलिका फाइवस्टार" से मिलियन सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना इन (हस्तक्षेप) बिना प्रचार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो संविधान और न ही अधिनियम में उचित प्रावधान किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थान से उच्च लेवी/चार्जों में होने या ले खंडे हैं, जैसे कि इनमें "बैरिस्टर फाउन्डेशन" से नियंत्रित/विहित उच्च ले संस्थान में "बैरिस्टर फाउन्डेशन" द्वारा गहरा हेतु कि है। यदि "बैरिस्टर फाउन्डेशन" द्वारा प्रावधान किसी अधिनियम/प्रस्ताव हेतु प्रस्ताव नहीं किन्तु यहाँ किन्तु यहाँ कि न तो संवत्सरा किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य प्रावधान से प्राप्त होने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि संवत्सरा द्वितीय गहरा उच्च लेवी/चार्ज हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य प्रावधान से नहीं लेख/लेगी।

2. "कॉलिका फाउन्डेशन" से तो गई साहायता केवल निवृत्ति प्रकृति की है। ऐसी पर हमला कर दिया तो गई सराई पर किसे भरे तयार/प्रक्रिया का सुचारु चले एवं हमला के बीच का विषय है और "कॉलिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हमला में ऐसी तो हलचल मुरादा और जाने जाने की सारी विमोच की होगी और "कॉलिका" की कोई पुनिका या निम्नेपटी इस मामले में नहीं होगी।

संस्कृती को लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

16/11/21

Dr. Ashwini Kumar
MBBS, MS, FICO
Reg. No. 86028
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डाक्टर का नाम व इलाका के पिन नं.

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
राम व एच हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी इन्द्रधर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2

Erklärung

Self