

C18/11/0263

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

V/1118/0825

APPLICATION DATE :
आवेदन तिथि

15/11/18

NAME of APPLICANT :
आवेदक का नाम

Veeramti

AGE-YEARS जन्म-वर्ष

70

SEX लिंग

F

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

D/O - Lachmi

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

H.No-422, Navali, Nambajhera

Distt- Mathura, U.P. 281205

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

same as above

Pre of Post of
(0825) VeeramtiOCCUPATION :
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. स्थायी 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
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 सम्बंध
1.	Satish	late	M	Husband
2.	Rishipal	43	M	Son
3.	Munipal	40	M	Son
4.	Shiv Kumar	33	M	Son
5.	Ramgopal	29	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विविध आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति 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 - MAC
	IE - P.P.
	Surgery - (RE) SICK + TOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि
1	SCFH	

DECLARATION by APPLICANT: **અગત્યના હુકમ પાળનારા છ:**

- 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 कबल यह ही कह रहा हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन असत्य कथन कहा है तो मेरी साहाय्य निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो साहाय्य उचित "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उचित उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में पता पाया है।
- 3) मैं यहाँ पर कबल यह ही कह रहा हूँ कि मैं इस साहाय्य हेतु या उसके बाद किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बिमा कंपनी से न तो शिफाई और न ही खर्च नहीं ले रहा।

AGREEMENT by APPLICANT (אשרת המועמד)

- 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.
- 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस द्वारा या अपने इम्प्रेसन या सील की सहायता से मैं (अर्हक) अपनी साजिश को पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, चोटें और कोई विवरण इस द्वारा में जोड़ा है, उसे "कोशिका" द्वारा मीडिया, प्रग, कथकथन सुने इंटरनेट के मुहूर्त परिधिपर्यंत और डिजिटल माध्यमों के सिधे किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। ये द्वारा का विवरण मेरे इम्प्रेसन को सहित या अलग से करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत हैं।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, चोटें और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से उपयोग है मुझे प्राप्त; प्राप्तता या उपचार नहीं गारंटी। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उनके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और अपरिवर्ती होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अविरोध में इलाक़ा से अंग्रेज़ों का विद्रोह

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल से स्वीकृति)

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.

इससे अधिकतर, इलाखों की संख्या से मामलों/दोषों को "कोशिका फाइन्डेशन" के विधिपत्र प्रदान करने के लिए किया जाता है, जिसे इन (इलाखों) दिनों प्रत्येक से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो संयोजन और न ही अधिकांश में विविध सहायक किसी एक साक्ष्यी संयोजन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रंगी/पानी में होने या हो रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाटने" से निष्कर्ष/निष्कर्ष उक्त के समर्थन में "कोशिका फाटने" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाटने" द्वारा सहायक विधि अधिकांश/सहायक हेतु मजबूत नहीं दिया जाय है तो असफल किसी अन्य एक साक्ष्यी संयोजन या किसी अन्य सहायक से सहायक लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाय है कि असफल द्वितीय मदर उक्त रंगी/पानी हेतु किसी एक साक्ष्यी संयोजन या किसी अन्य सहायक से नहीं लेना/लेनी।
2. "कोशिका फाटने" से जो यह सहायक केवल विविध प्रकृति की है। रंगी पर हमसफल द्वारा ही यह सहायक या किने गये उपकरण/प्रक्रिया का चुनाव रंगी एवं हमसफल को बीच का विषय है और "कोशिका फाटने" द्वारा किसी प्रकार का कोई रसायन नहीं है। इसीसे हमसफल में रंगी के इसका सुझाव और जाने जाने की साथ निम्नलिखित के साथ ही रंगी और "कोशिका" की कोई प्रविष्टि या निम्नलिखित इस पानी में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Dr. Ashwini Kumar

MBBS, MS, FICO

Reg. No. 66028

Time.

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

हाथर का नाम व दस्तावेज व तबिये व

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

भूमि व पर हस्तगत अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

संख्या १४४४४४ १

SIGNATURE of TRUSTEE 2

स्वास्थ्य इस्तेखार 2