

C18/12/0015

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building Block of Life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

A/1218/0604

APPLICATION DATE: 03/12/18

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Rambunvar Dhanka

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

70

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

Sohan

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Village - Bunde, Teh. - Ranpur.

Dist. - Alwar, Rajasthan

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

as above


 Pric OP. Post OP
 0604 Rambunvar
 Dhanka

OCCUPATION:

व्यवसाय

Labourer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

50000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें)

NA

PAN No. स्टॉल खाता संख्या

NA

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

क्या आप आय कर दाता हैं (को मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

Yes (हाँ)

No (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 से संबंध
1	Nareesh	30	M	Son
2	Ram Paul	28	M	Son
3	Intokul	25	M	Son
4	Gulshan	23	M	Son
5	Lal Khan	20	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशन को चिप प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ जोड़ें प्रस्तुत करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय 8000 तक प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ जोड़ें प्रस्तुत करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ जोड़ें प्रस्तुत करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विधियों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रीस्क्रिप्शन सूची प्रस्तुत करें
1	Diagnosis - RE - HMSC LE - PP
2	Surgery - RE - STCS + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किये गए अन्य स्रोतों से लिया गया है?

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

DECLARATION by APPLICANT: ☐ I am the owner of the above described premises. ☐ I am not the owner of the above described premises.

- 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 Kishika 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 सचतापूर्वक यह घोषणा कर रहा हूँ कि इस फॉर्म में दी गई सभी जानकारी मेरी जानकारी के अनुसार सच एवं सही है। यदि कोई गलतियाँ एवं तथ्य गलत बताए जायेंगे तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इससे सहायता प्राप्त "उद्देश्य" के लिए ही प्राप्त करूँगा, जो इस फॉर्म में उल्लेखित है। मैं यहाँ पर सचतापूर्वक यह घोषणा कर रहा हूँ कि मैं इस सहायता का उपयोग किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से प्राप्त की जाने वाली राशि के लिए नहीं करूँगा।
- 3) मैं यहाँ पर सचतापूर्वक यह घोषणा कर रहा हूँ कि मैं इस सहायता का उपयोग किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से प्राप्त की जाने वाली राशि के लिए नहीं करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (attach the work)

- 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/post-up/republish 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 जवाब संक्षेप में दें। (उत्तर) जवाब जल्दी की छवि काटें। मैं एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके पदाधिकारी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रश्न में उल्लिखित है, जो "कोशिका" द्वारा जारी, दान, सहायता प्राप्त करने से जुड़ी विभिन्नताओं और सहायताओं को देने वाले को प्रसारण करने से प्रभावित करने के लिए अधिकृत है। मैं प्रश्न का विवरण में इसका जो जवाब या बात से करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व जल्दी अधिकृत है।
- 2) मैं (उत्तर) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना संक्षेप से उल्लिखित है मुझे सहायता का अधिकार नहीं होगा। इस मामले में "कोशिका" द्वारा उल्लिखित या निर्दिष्ट शर्तों और आवश्यकताओं को।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION _____

ਸਭਿਆਚਾਰਕ ਅਤੇ ਸਮਾਜਿਕ ਪੱਧਰਾਂ 'ਤੇ ਆਧਾਰਿਤ

२।५ गुणक

AGREEMENT by HOSPITAL, covers the WHO

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (We/Us) 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 शामिल हैं, इलाहाबाद की ओर से गंगा-जमुनी को "संविदा गंगाजमुनी" से मिलित मर्यादा में नियमित की जाती है, जिसे इन (इलाहाबाद) गंगा जमुनी से गंगा व जमुनी कहा जाता है।

- [illegible]

2. "अभिज्ञान शाक्यदेव" से भी यह साधक अभिज्ञान जगद्वि की है। ऐसी का इरादा इस से यह साधक या जिसे यह साधक/अभिज्ञान का पूरा होने पर इरादा हो साधक का निष्ठा है और "अभिज्ञान शाक्यदेव" का विना उपाय का कोई उपाय नहीं है। इसीसे इरादा है ऐसी के इरादा प्राप्त और भी यह भी गति विनोदों ऐसी पर इरादा हो गति और "अभिज्ञान" की कोई उपाय या विनोदों का साधक में यह होनी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

इयं विद्या ऋषिभिरुच्यते

MASSEY

Administrative

Dr. Shirella Eze Hospital, Abba

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

આમ જો તમે સરકારના અધિકાર અધિકારી

विषय: विज्ञान

100

54/12/18

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
 डाक्टर का नाम व रेगन नं. के साथ मुद्रा

आपका यह पत्र मुझे बहुत अच्छे से मिला। मैंने इसे ध्यानपूर्वक पढ़ा और आपके सभी बिंदुओं का उत्तर देना चाहता हूँ।

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION 2020-2021

SIGNATURE OF TRUSTEE _____
DATE _____

341 35000

Exempted

SIGNATURE of TRUSTEE 2

आपकी प्रतिक्रिया ?

John F. Kennedy