

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building block of life.

APPLICATION No. : K/17/8/2122

आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 20/12/18

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : BHADAI MAHTO

आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष

58

SEX लिंग

M

FATHER/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

GENA MAHTO

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

PATRAYAGAD, BOKHAN, VAISHALI, GORMIA,

BIHAR, 854117

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई निवास पता

AS ABOVE

OCCUPATION :

व्यवसाय

SECURITY GUARD.

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

Rs 1900 x 12 = 22800/-

(Attach Proof of Income)

(आय का सबूत संलग्न करें)

PAN No. पैन संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर तिकी 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 से क्या संबंध
1.	BHADAI MAHTO	58	M	SELF
2.	VAISHALI MAHTO	45	F	WIFE
3.	BEKHA MAHTO	22	F	DAUGHTER
4.	SURESHA MAHTO	19	F	DAUGHTER
5.	MAKESH MAHTO	15	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए निम्न आधार

EPL Card (Attach Card Copy) एप्ली कार्ड का प्रतिलिपि संलग्न करें (इसमें पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एय्स एन सी प्रमाण पत्र (इसमें पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (इसमें पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु निम्न उद्देश्य का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आपत्त/प्रीस्क्रिप्शन के तहत की गई डॉक्टरों की सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE (SPECIAL)

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED कई गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: **જાન્ય ૨૦ મેમ્બર ૧૪:**

- 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, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koushika 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 यथार्थ बता रहा हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मैं मेरी सहायता प्राप्त भी न करवाऊँगा।
- (2) मैं इस से सहायता प्राप्त "कौशिका फाउन्डेशन", से जो राशि पा रहा हूँ, उसका उपयोग उक्त उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में भरा गया है।
- (3) मैं यथार्थ बता रहा हूँ कि मैं इस सहायता से न तो प्रत्यक्ष न ही अप्रत्यक्ष रूप से किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो सहायता प्राप्त कर रहा हूँ और न ही भविष्य में करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (attach this with)

- 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/dupl-up/produce 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 प्रार या अर्जत इत्यादि या अर्जे की रूप समझा, मैं (आवेदक) अपनी संपत्ति की कुछ बातें हैं एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यायीय" को अधिकृत बात है कि वेद पर, पर, फोटो और वे विवरण इस प्रार में प्रेषित है, उसे "कोशिका" रूप न्यायी, पर, समझाए हुए उद्देश्य में मुझे प्रेषित/प्रसारित और प्रसारित/प्रसारित के लिए किसी भी प्रकार समझा प्रेषित करने के लिए अधिकृत है। ये प्रार का विवरण में इत्यादि के प्रार या पर से करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि वेद पर, पर, फोटो और विवरण को कि प्रसारण में उद्देश्य में प्रेषित है मुझे सहा: प्रसारण का इच्छा नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" पर उद्देश्य न्यायीय का निर्णय अंतिम और अप्रत्यक्ष होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्थशास्त्र के विकास का संक्षेप का विवरण



AGREEMENT by HOSPITAL (ENTER DR NO)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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, इसकाट्टी को ओर से घासलेपेटी को "भोलिका घासमोशन" से मिली घासमोट सेटु मिलती है, जिसे हम (इसकाट्टा) निम्न प्रकार से नाम न रखीया करते हैं।

- 1) यह कि न तो कोयला और न ही खनिज में विविध सम्पदा किसी एक राजस्वारी संस्था या किसी अन्य एजेंसी से उठा लेनी चाहती है, बल्कि कि इनके "कोयला कारपोरेशन" से निष्पत्ति/निष्पत्ति उठा के सम्पदा में "कोयला कारपोरेशन" द्वारा नगर देना कि है। यदि "कोयला कारपोरेशन" द्वारा सम्पदा किसी व्यक्ति/व्यक्ति से देना चाहती है तो सम्पदा किसी अन्य एक राजस्वारी संस्था या किसी अन्य सम्पदा से सम्पदा लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि सम्पदा विशेष नगर उठा लेनी चाहती है कि किसी एक राजस्वारी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेनी चाहिए।
2. "कोयला कारपोरेशन" से ही न तो सम्पदा संस्था विविध प्रकृति की है। ऐसी या इसका द्वारा ही न तो सम्पदा या किसी एक सम्पदा/व्यक्ति का सम्पदा लेनी एवं सम्पदा से ही न तो सम्पदा है और "कोयला कारपोरेशन" द्वारा किसी उठाया का कोई सम्पदा नहीं है। इसीलिए सम्पदा में ऐसी से सम्पदा सुरक्षित और जाने जाने की नहीं सम्पदा लेनी एवं सम्पदा की होती और "कोयला" की कोई सम्पदा या सम्पदा/व्यक्ति उठा लेनी से नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

सभीकृतों के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 20/12/18	 Anjanoy Giri (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इलाका नं. 174	 Shih Bankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) सुप. व. ज. इलाका अधिकृत अधिकारी
---	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION भारतीय गणित संघ

SIGNATURE of TRUSTEE 1 આચાર્ય શ્રીમદ્ ૧	SIGNATURE of TRUSTEE 2 આચાર્ય શ્રીમદ્ ૨
	