

C19/01/0064

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: 1/0119/0089
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 22/01/19
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Lakshmi
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष 40
SEX लिंग F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: 1/0- Babulal
पिता/सहोदर का नाम



PASTE PHOTO HERE
Preop Postop

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

H-No-1063, Kalindi Vihar Colony,

Distt- Mathura, U.P. 281204

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

Same as above

(0989) Lakshmi

OCCUPATION: Housewife
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: NA
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न) NA

PAN No. स्थायी आयकर 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 लगाएं)

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	Dada Ram	47	M	Husband
2	Bheppandara	22	M	Son
3	Narendra	20	M	Son
4	Inudiya	17	F	Daughter
5	Lalbahadur	14	M	Son
6	Ravi	12	M	11

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

BPL Card (Attach Card Copy) यदीय रेटा 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे नये विधियों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अवस्थापन/प्रीस्क्रिप्शन से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE - TMC
	LE - TMC
	Surgery - (LE) SCL + TOL

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 सी गई सहायता राशी
1	SCH	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा है:

- DECLARATION by APPLICANT: **आवेदक द्वारा घोषणा की:**
- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं/या कथन गलतब यात्रा का है तो मेरी साहाय्य निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरी दृढ़ता से साहाय्य यदि "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि बिना साहाय्य हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अधिकतम या समस्त हिस्सा किसी अन्य स्रोत/निर्धन/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (below print name)

- 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 fulfilment 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 अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रश्न में संश्लिष्ट है, इसे "कोशिका" एवम् न्यासीय, दान, सहायता/पुनः उपचार से जुड़ी विविधियों और प्रकाशितियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मेरी प्रश्न का विवरण में हस्ताक्षर के पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासीय अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता को उपरोक्त से संबंधित है मुझे सहायता/पुनः उपचार का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

આચાર્યશ્રીએ કહ્યું કે, આજેના સમયમાં આપણે જાણવું જોઈએ કે આપણે કઈ રીતે જીવવાનું છે. આપણે જાણવું જોઈએ કે આપણે કઈ રીતે જીવવાનું છે. આપણે જાણવું જોઈએ કે આપણે કઈ રીતે જીવવાનું છે.

आइसो

AGREEMENT by HOSPITAL (EXPOSURE TEST)

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:

- (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, इलाहाबादी की ओर से मसलामेरोपी की "कॉलोनाल पनडमरु" से बिलियन साराफा हेतु विकसित की जाती है, जिसे हम (इलाहाबादी) विभिन्न प्रकार से खाने या खोकर करते हैं।

- 1) यह कि न तो व्यक्ति और न ही व्यक्ति में विविध सामग्री किसी एक साकार संस्था या किसी अन्य स्तर से उठा ली/पानी में ली या ली गई है, बल्कि कि हमने "कॉलेजियल फायरफ्लेम" से मिश्रित/विभिन्न स्तर के समग्र में "कॉलेजियल फायरफ्लेम" इस तरह से कि है। यदि "कॉलेजियल फायरफ्लेम" इस सामग्री विभिन्न अतिरिक्त/उत्पन्न से उत्पन्न की किण्वता है तो अस्पष्टता किसी अन्य एक साकार संस्था या किसी अन्य स्तर/स्तर से सामग्री लेने का अर्थ/अर्थ सुनिश्चित नहीं है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पष्टता विभिन्न स्तर उठा ली/पानी से किण्वता एक साकार संस्था या किसी अन्य स्तर से ली/पानी/पानी।
2. "कॉलेजियल फायरफ्लेम" से ली गई सामग्री केवल विभिन्न प्रकृति की है। ली/पानी या इसका इस से यह सामग्री या किने गए उपकरण/उत्पन्न का प्रयोग ली/पानी अस्पष्टता के बीच का विषय है और "कॉलेजियल फायरफ्लेम" इस किसी प्रकार का कोई उपाय नहीं है। इसीलिए इसका ली/पानी से उठाया प्रमाण और ली/पानी से ली/पानी किण्वता ली/पानी और "कॉलेजियल" की कोई प्रकृति या किण्वता इस प्रमाण में ली/पानी होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

बगीचों के लिए संरक्षित

Dr. Ashwini Kumar

MBBS, MS, FICO

MBBS-MS-FRCR
Reg. No. 50028

Key
Time

Date : (Name of Dr. & Regt. No. with Stamp)

हाइड्रा का नाम व इन्स्टांस व रीब. न.

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

नाम व पद सम्बन्धित अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग हेतु

ਅਨੁਸੰਗਿਕ ਰਾਖਵੇਂਸ ਫੰਡ

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायमै हस्तक्षेप ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर २

Erklärung

part