

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No.: S/0119/357 (124/18)

आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 7/1/19

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम

Shiv Kumari

AGE-YEARS आयु-वर्ष

62

SEX लिंग

F

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

Lagan Gini

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

R-1st, 1st, Sangam Vihar, Meerut, Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता

As Above



OCCUPATION: व्यवसाय

Housewife

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय

Rs. 95,000/- (Family Income)

(Attach Proof of Income) -
(आय का सबूत संलग्न)

PAN No. सवाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो नाम हो उस पर सही का चिह्न 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 सम्बन्ध
(1)	Lagan Gini	65	M	Husband
(2)	Vinod	38	M	Son

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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) व्यक्तिगत कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
---	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे कबे विपत्ति का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	Diag:- RE Cataract
	Srx:- RE Phaco + IOL

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

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

DECLARATION by APPLICANT: ਅੰਤਿਮ ਸ਼ਾਹ ਪੰਨਾ 59

- 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 Kashiida 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 कक्षा में कि इस प्रकार से दिने धने सभी विषयों में ही जानकारी के अनुसार बात एवं रही है। यदि कोई विषय एवं कथन वास्तविकता में है तो मेरी सहायता निम्न की जा सकती है।
- 2) मेरी इस या सहायता यदि "बौद्धिक फाउंडेशन", से ही जा रही है, इसका उपयोग शरीर संरक्षण की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकार में जा रहा है।
- 3) मैं यहाँ पर कक्षा में कि जिस सहायता के पद प्राप्त की गई है, वह यदि का अधिक या कमरा हिस्सा किसी अन्य कोटि/प्रायोजक/वैसा आधार से न हो लिये है और न ही भविष्य में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अभिज्ञान प्रार्थना)

- 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 पर अपने उत्तरकार या संकेत की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके प्राधिकारियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एन.ए.सी., कान, माधवराज घुमरे इंस्टीट्यूट ऑफ़ वीरिनिधि और दवाइयों को शिव के किराते भी प्रसारण करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे प्रश्न के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व प्राधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है। पुष्टि करता हूँ कि सहायता का इस्तेमाल मेरी परामर्श इस संदर्भ में "कोशिका" एन.ए.सी. प्राधिकारियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अवेदना से हल्लाशा या अंगुली का निशान

SHIV KUMAR

AGREEMENT by HOSPITAL (FURNISH THE NAME)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this cota/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, तबलापटों की ओर से पदमार्गपट्टी को "कोरिना पदमार्गपट्टी" से विभिन्न राज्यान्त में विस्तारित की गयी है, जिसे हंग (हज्जत) विभिन्न प्रभाग से राज्य में भरीका करते हैं।

- 1) यह कि न तो संविधान और न ही संविधान में विहित तत्वावस्था किसी भी सरकारों संस्थापक या किसी अन्य शरीर से उठाया/एंगी/समर्थन में ली जा तो रहे है, बल्कि कि इनमे "कोशिका फाउन्डेशन" के सिद्धांत/विधिगत तत्वा के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मंचर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा राजपदा किसी व्यक्ति/संस्थागत हेतु प्रचुर नहीं किया जात है तो संसदागत किसी अन्य भी साधनों/विधि या किसी अन्य संस्थापन में साधक लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस मुक्ति में स्पष्ट कहा है कि संसदागत द्वितीय स्तर उक्त एंगी/समर्थन हेतु किसी भी सरकारों संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेया/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही यह साधक संस्था विहित प्रकृति की है। ऐसी पर प्रत्यक्षत द्वारा ही यह साधक या किने एवं उपाय/प्रक्रिया का चुनाव वेगी एवं प्रकृतात के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए प्रकृतात में वेगी के इरादा सुरक्षा और आनंद करने की सभी निम्नोदगी ऐसी एवं प्रकृतात की होगी और "कोशिका" को कोई भी/या या विधेयगी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

समीक्षणी मे लिपि संस्थापि

Date of Surgery
ऑपरेशन के महीना

अभिनेता के रूप में

Dr. Shubha Mehta

DMC 113.8738

Source: <http://www.epitp.com>

हमारे पास एक ही प्रश्न है: क्या यह सच है कि हमारे देश में...

FOR INTERNAL

www.dhammadownload.com

RE OF TRUSTEE 1

ॐ हस्तकाम् ।

0

1000

21

Dr. V. P. Thakral

Model SuperAlloy 625

HROFF EYE CENTER

A-9. Neilash Coldhdyk
 11/11/11 11:11 AM

040

1. *Journal of the American Medical Association*, 1997; 277: 1039-1043.

SIGNATURE of TR

न्यासी हस्ताक्षर

2.4

821

70

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

स्वास्ति सदायुः ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

समाप्ति