

019/02/0059

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika
foundation
Building block of life.APPLICATION No.: V/0219/1081
आवेदन संख्या:APPLICATION DATE: 06/02/19
आवेदन तिथिNAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम

Chatur Singh

AGE-YEARS आयु-वर्ष

62

SEX लिंग

M

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

S/o Kamal Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

Vill-Adda Maina, Ferozpur Bangar

Distt- Mathura, U.P. 281203

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

Same as above



PASTE PHOTO HERE

Preop Postop

(1081) Chatur Singh

OCCUPATION:
व्यवसाय

Farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय

220000/-

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

NA

PAN No. सवाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान 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	Gudoli Devi	48	F	Wife
2	Seema	40	F	Daughter
3	Ajeshwar	39	M	Son
4	Jeetu	31	M	Son
5	Kalicharan	35	M	Son
6	Devendria	33	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनिर्दिष्ट 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) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विनिर्दिष्ट उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	KE - IMSC
	LE - IMSC
	Surgery - (RE) SICS + IOL

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 सी गई सहायता राशि
1	SCCH	

DECLARATION by APPLICANT: **अर्थशास्त्र शास्त्र**

- DECLARATION by APPLICANT:** आवेदनक द्वारा घोषणा यह:
- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं होगा तो मेरी प्रार्थना निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि यदि मुझे कश्मिका फाउंडेशन से सहायता मिलेगी, तो मैं इसे केवल उद्देश्य के लिए ही उपयोग करूँगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने इस सहायता के लिए किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न तो रिफंड किया है और न ही खर्च करने में शुरू।
- AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा स्वीकार)**

AGREEMENT by APPLICANT (SEEKING INFO)

- 3) मैं सुनिश्चित करता हूँ कि मैंने साक्षात्कार रूप से निम्नलिखित बातों से सहमत हो चुका हूँ:
- AGREEMENT BY APPLICANT (अर्हक पर करार)
- 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्हक) अपनी साक्ष्यता को सुनिश्चित करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके पदाधिकारी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में उल्लिखित हैं, उसे "कोशिका" एगन्सिबिलिटी, दान, समर्थन/पुनर्निर्माण के लिए प्रचारित करने के लिए मेरी छवि और विवरणों को अपने किसी भी उद्देश्य के लिए प्रसारित कर सकते हैं।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी उद्देश्य के लिए प्रसारित करने से मेरी किसी भी उद्देश्य के लिए प्राप्त करने का अधिकार नहीं है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अवेदक के सम्बन्ध में अधिक जानकारी के लिए



AGREEMENT by HOSPITAL (RIGHT OF WORK)

By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this candidate for financial assistance from Koshika Foundation, we (undersigned) hereby affirm & accept following:

- [illegible]

Dr. ABHISHEK HANDA
MCI No.-09-86572
Sign.....

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डाक्टर का नाम य इसाहाय य रजि. नं.

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory
on behalf of Haryana Sahitya Akademi)
प्राप्त नं १२ हसकत अधिकाधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

सांख्यिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी इन्द्रजित 1

Exempel

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2

[Signature]

09.08.2018