

219/02/0093

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

1/0219/1090

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

07/02/19

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Angad Singh

AGE-YEARS आयु-वर्ष

63

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कटुम्भ का नाम

S/o Khachari Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Vill - Dhaku, Mat

District - Mathura, U.P. 281204

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता



PASTE PHOTO HERE

Presc Postop

(1090) Angad Singh

OCCUPATION :

व्यवसाय

Labourer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

NA

(Attach Proof of Income)

(आप का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. रसाई 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 लगायें)

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.				

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा 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 किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE - IMSC
	LE - D.P.
	Surgery - (RE) BACS + JOL

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 हो गई सहायता राशी
1.	SCFH	

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 पर सत्य है कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं/वास्तविकता सत्य नहीं है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मैं यहाँ पर सत्यता प्रति "कोशिका फाउंडेशन", से सहायता प्राप्त है, जो सहायता केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये दिया जायेगा, जो इस प्रकरण में परत गया है।

3) मैं यहाँ पर सत्य है कि मैं इस सहायता से या इस प्रकरण की राशि, उस राशि का प्रतिफल या सहायता किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से नहीं लिये जायेगा और न ही भविष्य में लूँगा।

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/post-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 उत्तर देना कि जहाँ भी हम जायें, वहाँ (अमेरिका) हमारे सहमति की मुक्ति का मत है एवं "कॉन्सिडरेशन और कन्सिडरेशन" को अधिकृत करता है कि ये सब बातें, पक्ष, पक्षों और जो विचार इस प्रश्न में लगे हैं, एवं "कॉन्सिडरेशन" का मत है, हम, सबकुछ हमारे अन्दर से मुझे कॉन्सिडरेशन और कन्सिडरेशन के बिना किसी भी प्रकार सम्भव से प्रकट करने के लिए अधिकृत है। ये प्रश्न का विचार में लगे हैं कि यह सब बातें को मुझे "कॉन्सिडरेशन" में लगे अधिकृत है।
- 2) मैं (अमेरिका) इस बात से सहमत हूँ कि ये सब बातें, पक्ष, पक्षों और विचार की कि सहायता के अन्दर से प्रकट है मुझे सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कॉन्सिडरेशन" पर हमें अधिकृत है कि निर्णय लेते और सम्भवता होगा।

अभेदक के समान या अंगुली का निशान



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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इसके अतिरिक्त, इसकाही की ओर से गणसंघर्षों की "बीजित" सम्प्रदाय में विविध सम्प्रदायों में विभाजित की जाती है, जिसे हम (इसका) विभिन्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो संविधान और न ही अधिनियम में किसी राजस्थान किसी और राज्याधीन भोजपुर या किसी अन्य राज्यों से अलग कोई-किसी में होने का जिक्र है, नही कि हमने "कैबिनेट फोरमेशन" से विधानसभा/विधानसभा के सम्बन्ध में "कैबिनेट फोरमेशन" द्वारा कर दिया कि है। यदि "कैबिनेट फोरमेशन" द्वारा राजस्थान किसी संविधानसभा में मन्त्र सौ किया गया है कि अस्पष्टता किसी अन्य और राज्याधीन राज्य या किसी अन्य राजस्थान से राजस्थान को या अधिकाधिक सुनिश्चित राज्याधीन है। इस दृष्टि में राजा के आदेश कि राजस्थान किसी राज्य राजा कोई-किसी में किसी और राज्याधीन राज्य या किसी अन्य राजस्थान से नहीं संभव/राज्याधीन।

2. "बोसिफा आउन्वेला" से भी यह साबित होता निम्न प्रकृति की है। ऐसी पर हमलाएँ इस से यह साबित कि जिन पर आवाज/प्रतिक्रिया का प्रभाव सेवे एवं दायित्व के बीच का विषय है और "बोसिफा आउन्वेला" इस विषय में ज्ञान का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हमला से ऐसी के इलाक़ सुझा और जहाँ जहाँ को सारे निम्न के अनुसार ही होती और "बोसिफा" की कोई भी सेवा या निपटारे इस मामले में नहीं होती।

PMCID: PMC2935572

Sign

[Signature]

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

॥ अथ श्रीमद्भगवत्पूजाविधिः ॥

Date of Surgery

अभिप्रेतन की तारीख

30/02/19

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

पान व पर वस्यतात अभिज्ञत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

आनी तसोचो ।

Erbenz

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्तोत्तर २

Self