

C19/02/0115

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION NO.: आवेदन संख्या : V/0219/1095

APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 08/02/19

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम Pitamber

AGE-YEARS उम्र-वर्ष 75 SEX सेंद्र M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/पत्नी का नाम S/o Kehari Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : बासगान आवासीय पता

Tarnaukiya, Tillas

DISTRICT - Aligarh, U.P. 202145

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थान आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION : जड़बाज़ी Farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय 19500/-

(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष चलाने) N/A

PAN No. प्राईट ग्राहक संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर दाता है (जो मात्र 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

## BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए विनाई आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के बीचे इमार एवं (प्रयोग वाली की जरूरत संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificates Copy) जल्दी आय वर्ग इमार एवं (इमार वाली की जरूरत संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (इमार वाली की जरूरत संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष
---	---	--	---

## "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विवरों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/इकाई से जारी की गई प्रारुदेशन सूची संलग्न
	RF - IMSC
	LF - IMSC

Surgery - RF SICS + TOI

## 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 ली गई सहायता राशी

SCFH

## DECLARATION by APPLICANT: अप्लिकेशन द्वारा कीजिएगी:

- 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.
- 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.
- 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.
- मैं पूर्णतः कहता हूं कि इस फॉर्म में दिये गये विवरण बोर्ड कानूनी के अनुसार सच्च रूप से ही हैं और कोई विवरण ऐसे कानून अनुसार अस्वीकृत नहीं हैं जो ऐसे विवरण की ओर साझा किये गये जाते हैं।
- मेरे द्वारा की गयी "कोशिका फाउंडेशन", जो कोई नहीं है, उसका उपर्योग यदि उसकी उपलब्धि की तिथि से विकास नहीं हो जाएगा, तो इस प्राप्ति में खाली रहेगा।
- मैं नुस्खे कानून के विवरण द्वारा दिये गए विवरण की ओर साझा किये गए विवरण की ओर साझा किया देता हूं और वे भी विवरण में सूची

## AGREEMENT by APPLICANT (अप्लिकेशन द्वारा कीजिएगी)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 its 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.
- 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 is this regard will be final and acceptable to me.

- इस प्राप्ति पर अस्वीकृत करने की ओर साझा करता हूं कि "कोशिका फाउंडेशन" और उसके जापानी नामों "कोशिका कानून की पूर्णता के अनुसार आवधि है, तो "कोशिका" द्वारा जापानी, या, अन्य कानून द्वारा उपलब्धि की तिथि से उपर्योग करने की विवरण द्वारा दिया गया है। यह इसका कानून की विवरण नहीं है। यह इसका कानून की विवरण द्वारा दिया गया है। यह इसका कानून की विवरण द्वारा दिया गया है।
- मैं (अप्लिकेशन) इस कानून की विवरण द्वारा दिया गया, या, कोई और विवरण द्वारा दिया गया कानून की विवरण से प्रभावित करने की विवरण नहीं है। मैं इसका कानून की विवरण द्वारा दिया गया है। यह इसका कानून की विवरण द्वारा दिया गया है।

## APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अप्लिकेशन को अस्वीकृत करने की विवरण

## AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पातल द्वारा कीजिएगी)

By affixing hereunder, signature or our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

- 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.
- 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 अनुसार, इसका कोई भौतिक या "कोशिका फाउंडेशन" से विवरण द्वारा दिया गया विवरण की ओर से है, विवरण द्वारा दिया गया विवरण की ओर से है। यह इसका कानून की विवरण द्वारा दिया गया विवरण की ओर से है। यह इसका कानून की विवरण द्वारा दिया गया विवरण की ओर से है। यह इसका कानून की विवरण द्वारा दिया गया विवरण की ओर से है। यह इसका कानून की विवरण द्वारा दिया गया विवरण की ओर से है।

- यह कि वे गांवकारी और नहीं विवरण में विवरण द्वारा दिया गया विवरण की ओर से है। यह इसका कानून की विवरण द्वारा दिया गया विवरण की ओर से है। यह इसका कानून की विवरण द्वारा दिया गया विवरण की ओर से है। यह इसका कानून की विवरण द्वारा दिया गया विवरण की ओर से है। यह इसका कानून की विवरण द्वारा दिया गया विवरण की ओर से है। यह इसका कानून की विवरण द्वारा दिया गया विवरण की ओर से है।

## RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Dr. ABHISHEK HANDA अभिषेक हन्डा को विवरण दिया गया

Date of Surgery  
सूचीकृत की तारीख

09/02/19

MCI No.-09-35572

Sign.....

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
दास्तावंश का समान व एकलातर के दस्तावंश

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्यानीक उपकार हैं

SIGNATURE of TRUSTEE 1

अप्लिकेशन की विवरण 1

Signature

SIGNATURE of TRUSTEE 2

अप्लिकेशन की विवरण 2

Signature



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

यह कि वे इसका कानून की विवरण द्वारा दिया गया विवरण की ओर से है।