

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
(Healthcare)
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: 1/0219/1095
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 08/02/19
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम

Pitamber

AGE-YEARS अनु-वर्ष

75

SEX लिंग

M

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

s/o Kehari Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Tamaukiya, Tglas

DIST - Aligarh, U.P. 202145

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

Same as above



Prcep Postop

(1095) Pitamber

OCCUPATION:

Farmer

MARRIED (विवाहित) & UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

19500/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न) NA

PAN No. स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

Yes / No

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगावे)

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 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 - 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 ली गई सहायता राशि

SCEH

DECLARATION by APPLICANT: **अर्थकृत प्रमाण पत्र**
 I hereby declare that the above information is true to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance null and void.

- AGREEMENT by APPLICANT (attach to form)

- आवेदक को हस्ताक्षर या मुद्रा का प्रयोग



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:

- 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.

हमारे अधिकृत, हमारी ही ओर से सम्बोधित की "कलिका सन्देश" से विचार सम्पन्न हो विचारित की जाती है, जिसे हम (हमारा) विचार प्रसार के माध्यम से प्रसारित करती है।

- 1) यह कि न तो साक्ष्य और न ही श्रवण में किसी संभावित किसी भी साक्ष्यी संस्था या किसी अन्य प्रांत से क्या टेस्टिंग्स में होने या तो रहे हैं, जो कि अपने "कोरिडोर फोरवर्डिंग" से सिविलीजेशनली उभार के समर्थ में "कोरिडोर फोरवर्डिंग" द्वारा प्रसारित हुए हैं। यदि "कोरिडोर फोरवर्डिंग" द्वारा प्रसारित किसी भी व्यक्ति/संस्था से क्या प्रसारित हुए हैं कि वह व्यक्ति/संस्था ने तो अपवाद किसी अन्य भी साक्ष्यी संस्था या किसी अन्य प्रांत से साक्ष्य लेने का अधिकार सुरक्षित रखा है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जात है कि अंततः किसी भी व्यक्ति/संस्था द्वारा प्रसारित हुए किसी भी साक्ष्यी संस्था या किसी अन्य प्रांत से नहीं अपवाद।
2. "कोरिडोर फोरवर्डिंग" में तो यह साक्ष्य कोणित श्रवण प्रकृति को है। ऐसे या संभावित द्वारा ये सब साक्ष्य या श्रवण को अपवाद/प्रक्रिया का प्रसारित होने एवं प्रसारित के बीच का विषय है और "कोरिडोर फोरवर्डिंग" द्वारा किसी व्यक्ति/संस्था का कोई स्वयं नहीं है। इसलिये अंततः में ऐसे को प्रसारित सूचना और अपने अपने की प्रतीति प्रसारित करने की प्रतीति और "कोरिडोर" को कोई व्यक्ति या किसी/संस्था द्वारा प्रसारित में नहीं प्रतीति।

Dr. ABHISHEK HANDA

MCI No.-09-35572

Sign...

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
 डाक्टर का नाम व प्रत्यक्षर व टिप्प. न.

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory
on behalf of Hospital)
राम क. शर्मा, प्रमुख चिकित्सक, अश्वमेध अस्पताल

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

म्यासी इन्स्टीट्यूट ।

Ergebnis

SIGNATURE of TRUSTEE 2

ज्यासी इस्तखर 2

sent