

18/12/0628

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: V/0219/1099
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 08/02/19
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम

Rammurthi

AGE-YEARS आयु-वर्ष

54

SEX लिंग

M

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

S/o Bhup Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Vill+P.O. - Tehara

Distt - Aligarh, U.P. 202124

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

same as above



Preop Postop

(1099) Rammurthi

OCCUPATION:
व्यवसाय

Farmen

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय

22000/-

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

NA

PAN No. स्थायी 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
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.	Rajni	58	F	Wife
2.	Shelvi	22	M	Son
3.	Kelash	20	M	Son
4.	Yogesh	17	M	Son
5.	Pushpendra	14	M	Son
6.	Rita	11	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनती 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) 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
	KE - P.P.
	KE - IMSC
	surgery - * (LE) SICCS + 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 ली गई सहायता राशि
	SCEH	

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 योचनक करता हूँ कि इस प्रमाण पत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण गलत/असत्य प्रमाणित पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मेरी दृढ़ता से सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", को दी जा रही है, उसका उपयोग उचित उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रमाण पत्र में भरा गया है।

3) मैं योचनक करता हूँ कि मैं इस सहायता से या उसके हिस्से की पूर्ति नहीं करूँगा, जिससे मैं या मेरी कंपनी या अन्य कोई निरोधक/बिमाया/कंपनी से न तो लाभ ले और न ही धनियत में हूँ।

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.

1) इस प्रश्न का उत्तर इस प्रकार का होगा: (अथवा) अन्तर्-जाति की युधि कहाँ हूँ मैं "केंद्रीयता का प्रदर्शन और उसके नतीजों" की अभिवृत्त करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में उल्लिखित है, उसे "केंद्रीयता" मानूँ न्यायी, राज, याचक/याचिका द्वारा उद्घरण से मुझे गतिविधियों और वृत्तान्तों के लिये विचारों की प्रशस्त सामग्री से प्रभावित करने की लिए अभिवृत्त है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे प्रश्न के पहले या बाद में करने की लिए "केंद्रीयता का प्रदर्शन" व न्यायी अभिवृत्त है।

2) मैं (अथवा) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि साक्ष्य के उद्घरणों से प्रभावित है मुझे वृत्त: साक्ष्य का प्रकाश नहीं करता। इस सम्बंध में "केंद्रीयता" प्रत्येक प्रकार के न्यायिक या गैर-न्यायिक और सामाजिक होगा।

આભેદન બે દગ્ગાદાર ત્રા સંકેતે માં નિવડન



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.

हमारे अधिकृत, इराक़ी की ओर से ख़ालाफ़े की "पेरिफ़रल एडमिनिस्ट्रेशन" से विदेश सम्बन्ध हेतु नियमित रूप से मिलते हैं, जिन्हें हम (इराक़) निम्न तथ्य से राज्य व असीमान करते हैं।

[illegible]

2. "भारतिका भाषाभंडारण" से जो नई भाषागत संकेत विहित प्रणालि की है। ऐसी या इसका प्रारंभ इस नई भाषा से करने वाले उपस्थितिकियों का सुझाव देनी एवं इसका

को और वह विषय है और "कोविड का जमाना" हुए बिना प्रकाश का कोई रणज नहीं है। इसलिए हमारा न रोने के बजाय मुस्कान और जाने जाने को जाने को रोने और "कोविड" को कोई भीषण या विनोदी इस जमाने में नहीं होनी।

Dr. APHISHEK HANDA

इन्वीकटी ओ लिपि संस्कारि

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

ACI No. 09-3512

Since

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

संस्कृत भाषा नाम च इत्यस्या च गतिः न

Name, Designation & Stamp of the Medical Signatory
on behalf of Hospital
डॉ. व. ए. इमरान अफगन अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गोप्य दस्तावेज

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नवीन संस्करण 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

संख्या: २