

19/02/2019

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: 19/0219/1102 APPLICATION DATE: 19/02/19
आवेदन संख्या: 19/0219/1102 आवेदन तिथि: 19/02/19
NAME of APPLICANT: Derki AGE-YEARS 51 SEX F
आवेदक का नाम: Derki आयु-वर्ष: 51 लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: D/o Chakhelal
पिता/सहोदर का नाम: D/o Chakhelal
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: Pathak Nagar, Acharya
वर्तमान आवासीय पता: Pathak Nagar, Acharya
D/H - Mathura, U.P. 281204
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: Mathura, U.P. 281204
स्थायी आवासीय पता: Mathura, U.P. 281204



Preop Postop
(1102) Derki

OCCUPATION: House wife MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)
व्यवसाय: House wife (विवाहित) / (अविवाहित)
TOTAL ANNUAL INCOME: NA (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय: NA (आय का साक्ष्य संलग्न करें) NA

PAN No. XXXXXX ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
PAN संख्या: XXXXXX क्या आप आय कर दाता हैं (को मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं):
Yes / No हाँ / नहीं ☒ हाँ

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 सम्बंध
1-	Bhagwan Singh	60	M	Husband
2-	Mithlesh	31	F	Daughter
3-	Sunita	29	F	Daughter
4-	Neha	25	F	Daughter
5-	Manika	27	F	Daughter
6-	Vipin	22	M	Son

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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
1-	RE - IMSC
2-	LE - IMSC
3-	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 है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशी
1-	SCEF	

DECLARATION by APPLICANT: JERRY DO WORTH TX

- 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 assistance for which this assistance is requested.

- 1) मैं सोचता हूँ कि इस प्रश्न में सिर्फ़ एक ही सीमा है। दूसरी सीमा तो अनन्तता का है। यदि कोई विचारक एक अनन्त प्रश्न पूछता है तो उसे सीमाहीन प्रश्न भी कह सकते हैं।
- 2) मैं इस को सीमाहीन भी "सीमाहीन प्रश्न" कहूँगा, जो सीमा ही नहीं है, बल्कि अनन्तता का प्रश्न है। यदि कोई विचारक एक अनन्त प्रश्न पूछता है तो उसे सीमाहीन प्रश्न भी कह सकते हैं।
- 3) मैं सोचता हूँ कि इस प्रश्न में एक ही सीमा है। दूसरी सीमा तो अनन्तता का है। यदि कोई विचारक एक अनन्त प्रश्न पूछता है तो उसे सीमाहीन प्रश्न भी कह सकते हैं।

AGREEMENT by APPLICANT (attach this with)

- 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 उत्तरों का सारांश लिखिए, यह (अवधि) अपनी सारी की पुष्टि करता है। यह "कोविड-19 प्रारंभ और उसके माहौल" को संक्षिप्त करता है कि संतान, पालन, पोषण और भी विवरण इस प्रश्न के अंतर्गत है, जो "कोविड-19" शुरू, माहौल, रात, रात/रात शुरू करने से शुरू कीविधि/विधि और प्रारंभिक/प्रारंभिक के सिद्धि किती थी प्रारंभ माहौल से प्रारंभिक करने के लिए अविधान है। जो प्रारंभ का विवरण से प्रारंभिक के प्रारंभिक से प्रारंभिक के लिए "कोविड-19 प्रारंभिक" व प्रारंभिक अविधान है।

- 2) मैं (आपरेक) इस बात से साबित हूँ कि मैंने जन्म, मृत्यु, पतन और विपरम जो कि महात्मा के अर्थोपेक्षों में शामिल हैं मुझे ज्ञात; साक्षात्ता का हकदार नहीं करता। इस कारण मैं "कोविदा" एकरा ज्ञानों साधनों का निर्माण और ब्रह्मचारी होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

इलेक्ट्रिक के इस्तेमाल पर जोर देते हैं कि विद्युत



AGREEMENT by HOSPITAL (input to WUR)

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:

- 2) 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.

इससे स्पष्ट है, इसकाही की ओर से आलोचकों की "कीर्ति" का प्रयास है। बिल्कुल ही (इसका) निम्न प्रकार से कार्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो सर्वप्रथम और न ही अधिकतर में दिल्ली राज्यपाल दिल्ली और राजधानी संस्थान या किसी अन्य क्षेत्र से उच्च संतुष्टिपूर्ण या अन्यथा से नहीं आये हैं, जो कि हमने "अतिरिक्त राजधानी" में सिमला/राजधानी उच्च से राज्य को "अतिरिक्त राजधानी" द्वारा गहरा है। यदि "अतिरिक्त राजधानी" द्वारा राजधानी किसी अतिरिक्त/अन्य राज्य से आया है तो यह कि न तो राजधानी संस्थान या किसी अन्य राज्यपाल से राजधानी क्षेत्र का अधिकतर सुनिश्चित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाय है कि अनन्तर दिल्ली गहरा उच्च संतुष्टिपूर्ण है कि अन्य राजधानी संस्थान या किसी अन्य राज्य से नहीं राजधानी है।

- [illegible]

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

अधीनस्थों के लिए संस्थान

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

20/02/19

Dr. PRIMA AGRAWAL
MCI No. 58477

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

आपका नाम क्या है ?

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

सम न पद इत्यत्र अपि

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
पञ्चमः इन्द्राय ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायी हासलकर 2

Exchanged

100