

019/02/0342

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

V/02/19/1202

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

21/02/19

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Priem

AGE-YEARS आयु-वर्ष

61

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कटुम्भ का नाम

D/o Tantoli

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Nigla Servalgarh, Dautana

Digdi - Mathura, U.P. 281401

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

same as above



PASTE PHOTO HERE

Priem Postop

(1202) Priem

OCCUPATION :

व्यवसाय

House wife

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

NA

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. स्थायी राजस्व 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 लगावे)

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.	Kishan Lal	67	M	Husband
2.	Rajveer	36	M	Son
3.	Kumarpal	31	M	Son
4.	Roshan	28	F	Daughter
5.	Sunida	25	F	Daughter

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
	RE - JMISC
	LE - JMISC
	Surgery - (LE) SJCS + 20L

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 सी गई सहायता राशी
1.	SCFH	

DECLARATION by APPLICANT: **जारीक हार सौम्य पत्र**

- 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 expenses for which this assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ पर सत्य है कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई कथित एवं वास्तव अंतर पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस से सहमत हूँ कि "अभिलेख प्राप्त/प्राप्त", जो इसे प्राप्त है, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में पूछा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर सत्य है कि मैं इस सहायता से या अन्य स्रोतों से, इस प्रश्न में उल्लिखित या उल्लिखित किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से या से निरस्त है और न ही भविष्य में हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (אשרת המועמד)

- 1) 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 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 is in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या मुद्रा छापना इस प्रकार है: (अर्थात्) अपनी सहमति को पुष्टि करना है कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत कराया है कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में दीया है, उसे "कोशिका" पत्र, पत्रिका, पत्र, मासिक पत्र, दूरदर्शन के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर या मुद्रा के बिना "कोशिका फाउंडेशन" या न्यासीयों के बिना प्रसारित करने के लिए अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्थात्) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना सहमति के उत्तरों से प्रसारित करने के लिए न्यासीयों का अधिकार नहीं रहेगा। इस संबंध में "कोशिका" पत्र, पत्रिका, पत्र, मासिक पत्र, दूरदर्शन के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अवेदक को हस्तक्षेप या अंगुलि का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (स्पष्टता से पत्र)

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

इससे अविद्युत, इन्फ्रारेड की तरंग से भारले/छेदी को "बोलिबल फ्लाइन्गरेन" से मिलिय सहायता हेतु रिपोर्टिंग की जाती है, जिसे हम (इन्फ्रारेड) निम्न प्रकार से पायब व स्वीकृत करते हैं।

- 1) यह कि न तो सॉल्वर और न ही ऑडियर में किसी सहायक किसी रैर साफ़री सेमिप्लान या किसी अन्य गैरले दो डटा रेंडीगपल्ले में रेंडी या ले रहे हैं, जैसे कि इनने "कॉलिक्का फाउन्डेशन" से लिक्वैडीकलियी डलल के साधन में "कॉलिक्का फाउन्डेशन" ड्रा गलर हेंडु कि है। यद्वे "कॉलिक्का फाउन्डेशन" ड्रा सहायक निरिक्क कॉलिक्कासकल हेंडु सन्नु गरी किक्क यक्क है तो अक्कलत किसी अन्य रैर घलरारी संध या किसी अन्य सलललन में सहायक लेने का अक्कलर सुक्कल रक्कल है। इक्क सुक्कल में रक्कल यक्क यक्क है कि अक्कलत ड्लियन गलर डक्क रेंडीगपल्ले हेंडु किसी रैर साफ़री सेमिप्लान या किसी अन्य सललन के गरी रेंडीगपल्ले।
2. "कॉलिक्का फाउन्डेशन" में लेी गलं सहायक सेमलर निरिक्क सुक्कल गरी है। रेंडी गल हलसलल ड्रा दो गलं सललल या दिने गलं डललल/डललल या पुलल रेंडी एवं डलसलल के बीच का विक्क है और "कॉलिक्का फाउन्डेशन" ड्रा किसी डललर का लेी डलल गरी है। इललले डलसलल में रेंडी के डललल सुक्कल और गलं गलं गरी गलले गललेरारी रेंडी एवं डलसलल की रेंडी और "कॉलिक्का" गरी लेी सुक्कल या लिक्वैडीकल डल सललरी में गरी डलले।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती पे लिए संस्थान

Dr. PRIYA AGRAWAL
MCI No.-58417
Sign.....

(Name of Dr. & Reg. No. with Stamp)
 डाक्टर का नाम व इलाका व पी. नं.

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्ताक्षर अभिलेख अभिकारी

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख
23/02/19

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2

 भूतल्लु इरुणा 2

09.08.2018