

C19/02/0479

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

V/0319/1246

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

27/02/19

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Gulshan Satija

AGE-YEARS आयु-वर्ष

60

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कटुम्ब का नाम

Ram Lal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

City Anushkalaya Ke piche, Sirki Pada

Distt → Bhadrachalpur, R.J. 321001

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

Same as above



Acrop

Postop

(1246) Gulshan Satija

OCCUPATION :

व्यवसाय

Farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

18000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न करें)

NA

PAN No. सवाई खाता संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न का निशान लगाएं)

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)	Vidhya Satija	57	F	Wife
(2)	Rohit	32	M	Son
(3)	Sandya	28	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए 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) उपभोग्य 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 ——— TMSC
	LE ——— TMSC
	Surgery — (LE) SECS

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 राशि
1.	SCFH	

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 यहाँ पर बताना हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कारण असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मेरे द्वारा जो सहायता "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उरी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में गत गया है।

3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अधिक या समस्त हिस्सा किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस कंपनी से न जो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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 fulfilment of the "purpose" for which assistance is being requested.

1) इस प्रश्न का उत्तर इस प्रकार है: (अवरोधक) अपने सामर्थ्य की पुष्टि करता है एवं "कॉन्सिडर" फार्मेटिंग और उसके भावार्थों "को अभिव्यक्त करता है कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में संलग्न है, उसे "कॉन्सिडर" समझूँ, दूँ, याचक/याचिका द्वारा उद्धरण से मुझे प्रतिनिधित्व और उपस्थिति के लिये किसी भी प्रकार सामर्थ्य से प्रभावित करने के लिए अभिव्यक्त है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इच्छित को पहले या बाद में करने के लिए "कॉन्सिडर फार्मेटिंग" में स्वतंत्र अभिव्यक्त है।

2) मैं (अवरोधक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सामर्थ्य के उद्धरणों में प्रमाणित है मुझे स्वतः सामर्थ्य का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कॉन्सिडर" प्रश्न उससे व्यक्तिगत या निर्णय अंतिम और सामर्थ्यकारी होता।

आवेदक को इसका भार वह अंगुली का निशान

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 अविज्ञान, इच्छाशी की ओर से गणलेहोरी को "कौटिल्य काव्यमन्त्र" से विदित्य प्रमाण होनु विवक्षित की बात है, जिसे हम (हममाल) निम्न प्रकार से ज्ञान व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो संविधान और न ही अधिनियम में किसी सहायक किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थान से उच्च सेवाएँ/पदों में होने या ले जाने, जैसे कि इनमें "अतिरिक्त प्राध्यापक" से विभागीय/अतिरिक्त उच्च से सम्बन्ध में "अतिरिक्त प्राध्यापक" द्वारा स्वर हेतु कि है। यदि "अतिरिक्त प्राध्यापक" द्वारा सहायक किसी अधिकृत/अध्यापक हेतु स्वर नहीं दिया जाता है तो अत्यन्त किसी अन्य भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थान से सहायक लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जात है कि अत्यन्त किसी स्वर उच्च सेवाएँ/पदों हेतु किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थान से नहीं सेवाएँ/पदों।

2. "कॉलिका जलबंदेशन" से तो गर्भ सहायक कोशक विभिन प्रकृति को है। ऐसी क इस्पताल द्वारा ही गर्भ प्रसव न किने गने उपपट्टप्रक्रिया का पुनरा ऐसी एवं इस्पताल में बीच का विषय है और "कॉलिका जलबंदेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसविषे इस्पताल में ऐसी के इलाज मुफ्त और जाने जाने को सारी विधियों ऐसी का इस्पताल को होनी और "कॉलिका" को कोई मुक्ति न किन्हेऐसी इस मामले में नहीं होती।

D. ABHISHEK HANDA

इन्दीकाली के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

MCI No.-09-35572

Sign

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

डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

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

याम य पर इत्यन्तल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

म्यासी इस्लामर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्तोत्तर २