

C19/02/10494

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. : V/0319/1253

APPLICATION DATE : 01/03/19

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Prem Singh

AGE-YEARS आयु-वर्ष

80

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/हटुस्य का नाम

Kanshi Ram

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासस्थान पता

Dahurahi, Arunachal

Distt - Mothuxa, UP, 281202

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासस्थान पता

Same as above



Preob Postob

(1253) Prem Singh

OCCUPATION :

व्यवसाय

Farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

25000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. स्थायी आयकर 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 लगायें)

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	Bhaskari	77	F	Wife
2	Amar Singh	45	M	Son
3	Keshab	42	M	Son
4	Jaypal	40	M	Son
5	Keshab Dev	34	M	Son
6	Saroj	32	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनती आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाव प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाव प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) दरभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाव 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 — P.P
	Surgery — (RE) STICS + TOL

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 राशि
1.	SCCH	

DECLARATION BY APPLICANT: I hereby declare that the information provided in this application is true and correct to the best of my knowledge and belief. I understand that any false or misleading information provided may result in the denial of my application and may be subject to legal action.

- AGREEMENT by APPLICANT (අදාලයාගේ අනුමැතිය)

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 का अपने हलकार या जगहों की साथ सलकार, मैं (आवेदक) अपनी सहायि की मुद्रि कराई हूँ एवं "कॉरिथका फाउंडेशन और उसके न्यायियों" को अधिभूत कराई हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कॉरिथका" एवम न्यायी, पत्र, सफाईपत्र पुराने इन्दौर से मुझी अधिविधियों और कलकलियों के शिपे किसी भी प्रकार सम्मम से प्रकलित करने के लिए अधिभूत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इलाक के पत्रों या पत्र से करने के लिए "कॉरिथका फाउंडेशन" में न्यायी अधिभूत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायक के इन्दौरों से प्रकलित है मुझे सहायक का हलकार नहीं करता। इस सम्बंध में "कॉरिथका" एवम उसके न्यायियों का निर्णय अंतिम और सम्मकारी होगा।

आपका भी इम्तज़ा यहाँ भी है

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल से सहमति)

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 अधिकार, इच्छाओं की ओर से गगनचुम्बी को "कोशिका कागजेशन" से विविध स्थापन हेतु विपरीत की जाती है, जिसे हम (इसका) विभिन्न प्रकार से कार्य में स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो संसदन और न ही संविधान में किसी प्रकार का किसी और संस्था के साथ संबंध है जो कि हमने "कॉन्सिडरेशन" से सिद्ध कर लिया है। इस संबंध में "कॉन्सिडरेशन" द्वारा यह स्पष्ट है कि "कॉन्सिडरेशन" द्वारा संसदन किसी भी संस्था के साथ संबंध नहीं कर सकता है जो कि हमने "कॉन्सिडरेशन" से सिद्ध कर लिया है। इस संबंध में "कॉन्सिडरेशन" द्वारा यह स्पष्ट है कि "कॉन्सिडरेशन" द्वारा संसदन किसी भी संस्था के साथ संबंध नहीं कर सकता है जो कि हमने "कॉन्सिडरेशन" से सिद्ध कर लिया है।
2. "कॉन्सिडरेशन" से ही यह स्पष्ट है कि "कॉन्सिडरेशन" द्वारा संसदन किसी भी संस्था के साथ संबंध नहीं कर सकता है जो कि हमने "कॉन्सिडरेशन" से सिद्ध कर लिया है। इस संबंध में "कॉन्सिडरेशन" द्वारा यह स्पष्ट है कि "कॉन्सिडरेशन" द्वारा संसदन किसी भी संस्था के साथ संबंध नहीं कर सकता है जो कि हमने "कॉन्सिडरेशन" से सिद्ध कर लिया है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Dr. ABHISHEK HANDA

MCI No.-00-35572

Sign.

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

आपका नाम क्या है ?

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

नाम व पद सम्मानित अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायः इत्युक्तम् ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायी हस्तकक्ष 2