

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

A/0419/0016

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

15/04/19

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Gulab Chand

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

62

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कटुम्ब का नाम

Goda Ram

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Village - Dwarapuri, Teh. - Thanagazi

Dist. - Alwar, Rajasthan

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

as above



Pre op.

Post op.

0016

Gulab
Chand

OCCUPATION:

व्यवसाय

labourer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

70,000

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. स्थाई खाता संख्या

NA

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

Yes (हाँ) / No (नहीं)

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

No (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
(i)	Duni Lal	30	M	son
(ii)	Bakshi Lal	25	M	son
(iii)	Vikram	22	M	son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के पीछे 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) उपभोग्यता 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	Diagnosis — RE-TMSE LE-TMSE
2	Surgery — LE-SICS+JOL

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	SCCH	

DECLARATION by APPLICANT: ਅਮਰਿੰਦਰ ਕੁਮਾਰ ਬੇਨਾਗਲ

- 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 aid 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 for which this assistance is requested.

- 1) मैं सोचता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी को अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निम्न की जा सके।
- 2) मेरी छात्र को साक्षात् छात्र "कॉलेजियल साइबेरनेशन", से सी. का रही है, उसका उपयोग छात्री उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में भव्य पत्र है।
- 3) मैं सुनिश्चित करता हूँ कि निम्न सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस छात्र का कॉलेज का संकलन किसी किसी अन्य छात्र/निबंधकार/छात्री का उपयोग से न हो सके और न ही भविष्य में हो सके।

AGREEMENT by APPLICANT (and/or TRU WFO)

- 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) (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 ज्ञाने इच्छाशायक का अंगत की छात्र सहायक, मैं (अनुराधा) अपनी सहायिका की मुद्रि करता हूँ एवं "कोशिका काउंटिंग और डाटा के माध्यम" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फ़ोन नंबर और कोई विवरण इस प्रश्न में प्रेषित है, इसे "कोशिका" एप्लू माध्यम, रात्र, साप्ताहिक एप्लू जर्नल से जुड़ी विविधियों और उपलब्धियों को लिखे किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इच्छा के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका काउंटिंग" में ज्ञाती अधिकृत है।
- 2) मैं (अनुराधा) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फ़ोन नंबर और विवरण को कि छात्रावास की जर्नल में प्रेषित है मुझे सदा: छात्रावास का इकट्ठा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एप्लू डाटा के ज्ञानियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अभ्येदक से इलाक़दार या अंगुठे का निशान



614 Lab chand
L.T

AGREEMENT by HOSPITAL (XXXXXX DO NOT)

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 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.

हमारे जीवनभर, हमलावरों की ओर से लगातार-नीरवी की "कॉन्सिडर फाउन्डेशन" से विविध सामग्री हेतु निरन्तरित की जाती है, जिसे हम (हमलावर) निम्न प्रकार से जान व उपयोग करते हैं।

- 1) यह कि न तो संसदन और न ही संविधान में किसी संस्थागत विधेय और संसदीय संस्था या विधेय अन्य संस्था के साथ कोई भी संबंध है, जैसे कि हमने "कोरिप्टा पाउन्डेशन" से सिपिटी/विपिटी उदाहरण के संस्था के "कोरिप्टा पाउन्डेशन" द्वारा भरण हेतु कि है। यदि "कोरिप्टा पाउन्डेशन" द्वारा संस्थागत विधेय अतिरिक्त/संस्थागत हेतु मजदूरी किया जाता है तो संस्थागत विधेय अन्य और संसदीय संस्था या विधेय अन्य संस्थागत से संस्थागत होने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में हमें यह कहा जाता है कि संस्थागत विधेय भरण उदाहरण के संस्थागत हेतु विधेय और संसदीय संस्था या विधेय अन्य संस्था के साथ कोई संबंध नहीं है।

2. "कॉलेज फायनेंस" से तो यह सामान्य बोझ विविध प्रकृति की है। ऐसी या इम्पेडल हुए ऐसी या सतह या बिन्दु गले उपचार/प्रक्रिया का प्रभाव ऐसी एवं इम्पेडल के बीच का विषय है और "कॉलेज फायनेंस" हुए किसी प्रकार का कोई दायन नहीं है। इसलिये इम्पेडल में ऐसी के इलाज सुझा और जाने जाने की सारी विधियाँ ऐसी एवं इम्पेडल की होती और "कॉलेज" की कोई प्रक्रिया या विधियाँ इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

1.9

15/04/11

Dr. Dharm Singh
MS (ORTH)

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

दायाँ की चिह्नित समानताएँ हैं।

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

०५. **ब्रह्मचर्य** किं? ब्रह्मचर्य किं? ब्रह्मचर्य किं?

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION मानसिक उपचार हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

ज्योत्सो हस्तधर ।

Erbenzyl

SIGNATURE of TRUSTEE 2

त्याची इतरथा २

10/12/18