

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

A/OSI/0122

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

14/05/19

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Ladhai

AGE-YEARS आयु-वर्ष

60

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कथुन का नाम

Prabhu Meena

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Village - Khuleki, Teh. - Rajgarh,

District - Alwar, Rajasthan

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

as above



Preop.

Postop

0122

Ladhai

OCCUPATION:

व्यवसाय

House wife

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

79,000

(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):

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

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 से संबंध
①	Papu Ram	32	male	Son
②	Dalchand	28	male	Son
③	Suresh	22	male	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा 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
①	Diagnosis - RE - IMSC IE - IMSC
②	Surgery - AE - Photo - TOL

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 ली गई सहायता राशि
①	SCHE	

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 was requested by me.

- AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कृत)**

- 2) मैं (आवेदक) इस बात से साक्ष्य हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विभाग जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे सदा: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बन्ध में "कॉन्ट्रिबा" एवन उसके न्यायियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

अपेक्षा के अनुसार यह अंगुठी का निदान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)

2. "कोशिका पाउन्डेशन" से तो यह साफ़ता केवल विविध प्रकृति की है। ऐसी या हमसल द्वारा ही यह सलाह या किने गये अनुसंधान/प्रक्रिया का चुनाव ऐसी एवं हमसल के बीच का विषय है और "कोशिका पाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का बोर्ड रखाया नहीं है। इसलिए हमसल में ऐसी के द्वारा सुरक्षा और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी ऐसी एवं हमसल की होगी और "कोशिका" की कोई भी सेवा या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
मम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायी इन्द्रावत २

20.12.2018