

C1910410381

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

V/0519/0115

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

31/5/19

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Akeela

AGE-YEARS आयु-वर्ष

50

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कटुम्ब का नाम

Shabudeen

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Mathura wife, Vrindavan, Gangan

Distt- Mathura, U.P. 201121

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

same as above



Preop Postop

(0115) Akeela

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. स्थाई खाता संख्या

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

क्या आप आय कर दाखल हैं (जो मान्य हो उस पर सही 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 सम्बंध
1.	Bilal	55	M	Husband
2.	Tkhal	29	M	Son
3.	Tkham	24	M	Son
4.	Sheema	20	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश 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 निवेदन का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	KE- IMSC
	LP- IMSC
	Surgery- (LE) STCS + 201

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.	SCH	

DECLARATION by APPLICANT: **ਅਰਜ਼ਦਾਰ ਦੁਆਰਾ ਘੋਸ਼ਣਾ:**
 I hereby declare that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance null and void.

- AGREEMENT by APPLICANT (SEEKING TO WORK)

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 पर ज्ञाने इसलिये या सोचें की साय लखनऊ, मैं (जयदेव) अपनी सहायिनी की पुत्रि बनात हूँ जब "कोशिका" का दर्शन और उसके म्यासीयों " को अधिकृत बनात हूँ कि मेरा नाम, पात्र, सोचों और जो विचार इस प्रश्न में सोचिए हैं, उसे "कोशिका" समझ लीजिये, फिर, कबकब/क दूरीय दर्शन में मुझे अधिकृतियों और अग्रतमियों के लिये किसी भी प्रकार भावना से प्रभावित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विचार मेरे इसमें के पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका" का दर्शन" व म्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (जयदेव) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पात्र, सोचों और विचार को कि सायल को अग्रतमों के प्रभावों में मुझे एका: सायल का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" समझ उसके म्यासीयों का निर्णय अलग और अन्धधुंधली होगा।

आवेदक को इसलाखर या सांपुटे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कबल)

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.

- in the matter.
- इसके अतिरिक्त, इन्फार्मर को और से मागती/देती को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे इस (इन्फार्मर) निम्न प्रकार से पता चला है।
- 1) यह कि य को कोशिका और य को वित्तीय सहायता किसी और सरकारी संस्थान या किसी अन्य एजेंसी से प्राप्त होती/प्राप्त हो रही है, जैसे कि इनमें "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उद्देश के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट कोशिका/संस्थान हेतु प्रस्तुत की जाय तो यह बात है तो सम्बन्धित किसी अन्य और सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने या अतिरिक्त सुविधा रखता है। इस मुद्दे में स्पष्ट कहा जाता है कि सम्बन्धित वित्तीय मदद उक्त संस्था/प्राप्त हेतु किसी और सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेता/लेती।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो यह सहायता संगत वित्तीय प्रकृति की है। ऐसी या इन्फार्मर द्वारा जो यह साबित या सिद्ध करने उपरान्त/विषय का चुनाव देती एवं इन्फार्मर को सौंप या विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसीसे इन्फार्मर में ऐसी को इसका सुझाव और जाने जाने की खली निम्नलिखित है।
- को होती और "कोशिका" को कोई सुविधा या निम्नोपरी इस मामले में नहीं होती।
- 

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

~~Dr. PRIYA AGRAWAL~~

MCI No. 58417

Sign.....
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
हस्ताक्षर का नाम व इलाका नं. उ. २

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
આચાર્ય ડૉ. પદ્મજીભાઈ અમીનભાઈ

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नाम: _____

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायी इस्लाम 2