

19/05/2019

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

V/0519/0108

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

15/5/19

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Pratap Singh

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

60

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कटुम्ब का नाम

S/o Sona

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Gurjant Batti, Khan Khara

Dist - Bharatpur, Rajasthan, 321411

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

Same as above


 Pre op Post op
 (0109) Pratap Singh

OCCUPATION :

अवसाह

Farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

20000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. स्थायी खाता संख्या

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

क्या आप आय कर राज है (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगावे)

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.	Kashmira	58	F	Wife
2.	Karan Singh	30	M	Son
3.	Sunil Kumar	27	M	..
4.	Shab Singh	25	M	..
5.	Ajit	21	M	..
6.	Kala	19	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवक्षित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय 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 विवक्षित का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रविष्टि/प्रातिपत्र सूची संलग्न
1.	RE - P.P
2.	LE - Corneal Cataract
3.	Surgery - (LE) SURGICAL

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 बता रहा हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं समस्त प्रमाण गलत साबित हो जाये तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मेरे द्वारा जो सहायता प्राप्त "वैशेषिक प्रशिक्षण", से हो जा रही है, इसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में पूछा गया है।

3) मैं यहाँ पर बता रहा हूँ कि मैंने सहायता हेतु एक प्रार्थना की नहीं है, इस दधि या अतिरिक्त या भगत विद्या किन्हीं अन्य प्रतिस्पर्धीकारीय कंपनियों से या अन्य स्थानों से नहीं।

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 अपने उत्तरकार या जेनेट की सात सातकर, मैं (अर्जुन) अपनी सहायिका की मुद्रि करता हूँ एवं "कोशिका पाठ्यक्रम और उसके नवीनी" की अधिष्ठाता करता हूँ कि वेत नय
जय, कोटी और के विचार इस प्रश्न में कोशिका है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायी, राय, वाक्यका दूतों उत्तरों से जुड़ी परिधिधियों और वपतिवियों के सिरे विचो की प्रसार सधम
से प्रसारित करने के लिए अधिष्ठाता है। मेरे प्रश्न का विचार में इसका के पहले से बाद में करने के लिए "कोशिका पाठ्यक्रम" व न्यायी अधिष्ठाता है।

2) मैं (अर्जुन) इस बात से सहमत हूँ कि वेत नय, जय, कोटी और विचार को कि सहायता के उत्तरों से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का उत्तर देती मरणा। इस सम्बंध में
"कोशिका" एवम् उसके न्यायियों का निर्णय अंतिम और वाक्यकारी होगा।

भाषाएँ को प्रभावित या सीखते हैं। निम्न

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.

हमने जिनका, इनकापरी की ओर से चमले/पेरी को "कोशिका पाठान्देष" से विविध सहायता हेतु निगरानी की जाती है, किसे हम (हमारे) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

१) यह कि न तो संविधान और न ही संविधान में विहित सहायता किसी भी सरकारों संविधान या किसी अन्य साधन से प्राप्त होती-प्राप्ती में होने या हो रहे हैं, जैसे कि हमने "कॉन्सिडर फाइनेंस" में विचारविनिर्दिष्ट उक्त के संबंध में "कॉन्सिडर फाइनेंस" द्वारा मंदर हेतु कि है। यदि "कॉन्सिडर फाइनेंस" द्वारा सहायता किसी अधिकार/कक्षा हेतु मन्तव्य यदि किया जाता है तो असमर्थता किसी अन्य भी सरकारों संविधान या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता द्वितीय मंदर उक्त होती-प्राप्ती हेतु किसी भी सरकारों संविधान या किसी अन्य साधन से नहीं होगी/होती।

2. "बेजिन्का फायरवॉटर" से ली गई सावधान कोसल विधि प्रकृति की है। टेपे या इन्फ्लूएंजा इस से कई सालों से पहले से उपचार/प्रतिफल का मुनाफा लेती एवं इससे बचने की सीप का विषय है और "बेजिन्का फायरवॉटर" इस किसी प्रकार का कोई रक्षक नहीं है। इसलिए इन्फ्लूएंजा में टेपे को इसका मुला और अपने अपने को साफ धोकर लेनी चाहिए।
3. "बेजिन्का" की कोई दुनिया या डिपेंडेंसी इस मामले में नहीं होती।

Dr. ABHISHEK HANDA

श्रीगुरुदेवो नमः

MCI No.-0935572

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)

नाम व पद: हॉस्पिटल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

मानविक उपचार हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्तधारा ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायी इन्द्रावर २