

C19/06/0039

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.:

V/0619/0223

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि: 04/06/17

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Shanti Devi

AGE-YEARS वय-वर्ष

SEX लिंग

75 F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS बर्तमान आवासीय पता

Anjai, Mahavam

District - Mathura, U.P., 289301

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थान आवासीय पता

Same as above.



Pre op Post op

(0223) Shanti Devi

OCCUPATION:

House wife

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (विवाहित नहीं)

TOTAL ANNUAL INCOME:

NA

(Attach Proof of Income)

कुल वार्षिक आय

(आय का सापेक्ष संतरण)

NA

PAN No. स्थाई खाता संख्या

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

क्या आप आय कर रहा है (जो मात्र हो उस पर यही 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) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1	Rajveer Singh	late	M	Husband
2	Sevreen	47	M	Son
3	Happy	43	M	Son
4	Usha	40	F	Daughter
5	Anita	36	F	Daughter
6	Manju	32	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये चिह्नित आवश्यक

BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष
गरीबी रेत के नीचे प्रदान पत्र (अमान पत्र की सही जारी संतरण करें)	अल्प अवृत्त वर्ग उपलब्ध पत्र (अमान पत्र की आवाज जीव संतरण करें)	उपचोकड़ा वर्ग (अमान पत्र की आवाज जीव संतरण करें)	

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु लिखे गये विवरों का उल्लेख:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आपत्तात्मक/दीर्घकारी से जारी चोरी गई प्रतिवेश सूची संतरण	
	RI - 7MSL	
	IF - P.P.	
	Hypothy - RE SICS + EOL	

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उल्लेख के हेतु कोई अन्य सहायता किए गए अवृत्त गये हों?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लिए गए सहायता कीमत
1.	SCEN	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा संक्षिप्त चयः

- 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 घोषणा करता हूं कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण भौतिक जीवन के अनुसार वास्तव स्वरूप ही हैं। नोट: मैंने विवरण दूर्लभ बदलाव वाला हूं यह भौतिक विवरण को जो बदली है।
- 2) मेरे हाथ से लापत्त दस्ती "कोशिका फाउंडेशन", ये सीधे मैं नहीं हूं, उसका उपर्योग उसी उपर्योग की पूर्णता के लिए किया जाना चाहिए, जो एक व्यक्ति में वह वह है।
- 3) मैं यूटिक बनता हूं कि विवरण वाला दूर्लभ यह आवेदक की गई है, उस दृष्टि से अधिकारीक वाला विवरण जिसमें अन्य संस्थानों/विवरणों का वर्णन नहीं है और वह वास्तव में लौटा।

AGREEMENT by APPLICANT: आवेदक द्वारा कराया गया।

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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.

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 is final and acceptable to me.

- 1) इन उत्तरों पर अपने हाथाधार से अंगठी को उपर लानाहार, ये (आवेदक) आवेदक वाली भी पूरी करता हूं कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके नवाचारों" को अधिकृत बताता हूं कि मैंने जान, पढ़ा, लिखा और यह विवरण इस प्रकार में खोली है, यह "कोशिका" वाली, जानी, जान, अनुसारा एक उत्तराधार से यूकी अधिकृतियाँ और उपलब्धियाँ के लिए विकासी भी प्राप्त गयी हैं।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से जानता हूं कि मैंने जान, पढ़ा, लिखा और विवरण जैसे कि जानावाले उत्तराधार से प्राप्त हैं यूकी रूप से; जानावाले जान लाना नहीं चाहता। इस वर्णन में "कोशिका" एवं उसके नवाचारों का विवरण नहीं और वास्तविक होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अधिकारक के हाथाधार से अंगठी का विवरण

**AGREEMENT by HOSPITAL:** इसका द्वारा कराया गया।

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.

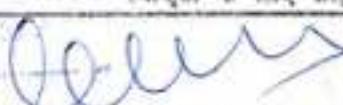
इनको अधिकृत, उत्तराधारी की ओर से ग्राहकोंद्वारा यह "कोशिका फाउंडेशन" से विवरण जानावाले हैं विवरण की जाती है, जिसे इस (इस्पाताल) विवरण भी जान व समीक्षा करती है।

- 1) यह कि वह जीवन और वह भवित्व में विवरण जानावाले विवरण भी जानावाले संस्करण या जिसी अन्य स्तरों से उत्तराधारीजानावाले में सेवे या सेवे होते हैं, वैसे कि इसने "कोशिका फाउंडेशन" से विवरणीयतावाली उपर की जानावाले में "कोशिका फाउंडेशन" का उत्तराधार है। यह, "कोशिका फाउंडेशन" इस जानावाले विवरणीयतावाली का उत्तराधार विवरण है जो अन्यायी अन्य और उत्तराधारी संस्करण का विवरण इस जानावाले से जानावाले होने का अधिकार दूरीदार रहता है। इस पूर्णता से उत्तराधार करता है कि जानावाले इसी उत्तराधार उत्तराधारी संस्करण का विवरण अन्य जानावाले से जानी जानी चाहीए।

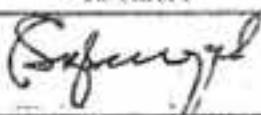
2. "कोशिका फाउंडेशन" से यह यह जानावाले कोविड विवरण इकूल भी है यहां पर इसका द्वारा यह विवरण गर्भ जानावाले विवरण या जानावाले विवरण का उत्तराधार विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" इस विवरण जानावाले को लाइंग वाला वाला है। इसीलिए हास्पित में उत्तराधार के इतराव गुरुता वाली जानी जानी विवरणोंहीं की इस इन्वेन्ट्री की जानावाले में यही होती है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE:

स्वीकृती की विवरण दर्शाते हुए

Date of Surgery आवेदन की तिथि	M.D. Sign	 (Name of Dr. S. Regn. No. with Stamp) जानावाले का नाम व हस्पित का नाम	 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पित अधिकारी
----------------------------------	--------------	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHICA FOUNDATION अन्तर्राजीक उत्तराधार हैं।

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामी हस्पित।SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामी हस्पित।