

C19/05/0057

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

V/0629/0240

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

11/06/19

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Ramcharan

AGE-YEARS आयु-वर्ष

65

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

Vasant Lal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Luheta Khund, Kharavali

DIST - Hathras, U.P. 204101

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

Same as above.

Pre op postop
(6240) Ramcharan

OCCUPATION:

व्यवसाय

Labour

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

NA

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. पैन संख्या

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

क्या आप आय कर पाल हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान 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	Ramcharan	62	F	Wife
2	Rajendra	27	M	Son
3	Maini	23	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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 विवेचन गये विपत्ती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन युक्ती संलग्न
	RE - EMSC
	IF - IMSC
	Surgery - (RE) SICCS + IOL

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	

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.

- [illegible]

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) 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 enable me for repeating 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 अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी जानकारी की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फार्मेशन और उसके न्यूसिंस" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में दिये हैं, उसे "कोशिका" प्रथम नमूने, चार, सातवाँ तथा आठवें से जुड़ी परिस्थितियों और जानकारी के तथ्य किसी भी प्रकार सम्पन्न से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पाले या पद से करने के लिए "कोशिका फार्मेशन" व नमूने अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" प्रथम नमूने न्यूसिंस का निर्माण अंतिम और सफलताहीन होगा।

આપોરજ એ હમણાપર પા અંગેતે જા નિશાન



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 जीवनकाल, हमारा धर्म ही और से सम्बन्धित/लेने को "बोलीया" प्रारम्भ हो। सिन्दूरित भी जारी है, जिसे हम (हमारा) फिर प्रकाश से सम्बन्धित व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो काँग्रेस और न ही एनपीए में किसी एक राजस्थान विधायी और साक्षरी संस्था का किसी अन्य संस्था से उच्च श्रेणी/पदों में सेने या ले वे है, जैसे कि हमने "कोशिका कार्टेज" से रिक्वायरमेंट्सि उक्त के सम्बंध में "कोशिका कार्टेज" द्वारा कर रहे कि है। यदि "कोशिका कार्टेज" द्वारा राजस्थान विधायी अधिकाधिकता से मजबूत की जाय जाय है तो अन्यथा विधायी अन्य और साक्षरी संस्था का किसी अन्य राजस्थान से राजस्थान सेने का अधिकाधिकता से उच्च श्रेणी/पदों में सेने या ले वे है। इस मुद्दे में स्पष्ट कहा जाय है कि राजस्थान विधायी और उच्च श्रेणी/पदों में सेने या ले वे है।

2. "कॉन्टिना काउन्सेलर" से भी यह आचार्य केवल शिष्टि प्रकृति को है। रोरो का सम्मान इस दो बंधु भाग्य का बिन्दु को उपकारप्रतिभा का मुक्त रोरो एवं सम्मान के बीच का विषय है और "कॉन्टिना काउन्सेलर" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए सम्मान में रोरो को प्रत्यक्ष मुक्त और अपने जाने को सारी विवेकता रोरो एवं सम्मान की होती और "कॉन्टिना" की कोई भविष्य का सम्बन्धही इस मामले में नहीं होगी।

हमारे देश के लिए राष्ट्रपति

12/06/19

MCI No.-09-35572

Sign.

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

डायरेक्टर का नाम य. हनुमन्तराव ए. एन. न.

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory
on behalf of Hospital)

नाम व पद हस्ताक्षर अभिलेख अभिलेखी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

महर्षि हस्तगुरु ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायी इस्मायल २