

C19/06/0155



APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		
APPLICATION No.: आवेदन संख्या : V/0619/0255	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि : 13/06/19			
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम : Lalsingh	AGE-YEARS आयु-वर्ष : 60	SEX लिंग : M		
FATHER'S/SPouse's NAME: पिता/कानूनी का नाम : Ramgopal				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान जावासीय पता : Vill-po - Ladpur				
DIST - Mathura, U.P., 281401				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थान अवासीय पता : Same as above				
OCCUPATION : अवस्था : Farmer	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय : 20,000/-	(Attach Proof of Income) (आय का साथ संलग्न)			
PAN No. स्थाई खाता संख्या : 				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर रहे हैं (जो मान्य हो उस पर सही का नियान स्तराये): 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)	Subhadra	57	F	Wife
(2)	Udayaveer	29	M	Son
(3)	Mukesh	24	M	Son
(4)	Pushpa	20	F	Daughter
(5)	Pappu	17	M	Son
(6)	Rautash	14	M	Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनाश आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाप प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आवृत आय की प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाप प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाप प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साथ	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनाश का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन गूह्यी संलग्न			
	RF → IMSC			
	LF → IMSC			
	Surgery - (E) → SICS + 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 सीधे गई सहायता राशि		
1.	SCFH			

DECLARATION by APPLICANT: अप्पेलेंट द्वारा घोषणा करें:

- 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 हूँ कि इस प्रकार मेरे लिये गये जीवन में सहायता की अद्यता मात्र पर्याप्त है। यदि कोई विवरण ऐसे काम के लिये जायेगा जो मात्रा की जाएगी है।
- 2) मेरे द्वारा जीवन में सहायता की "कोशिका फाउंडेशन", ही की जाएगी है, जोकि उसका उपयोग उसी उद्देश्य की तरह किया जायेगा, जो इस प्रकार मेरे लिये जायेगा।
- 3) मैं पुराने काम से लिये गये सहायता के बारे में जानकारी की नहीं है, उस तरीके का अधिकार या सकल विवरण किसी भाव खोजने/गोबिन्दोद्धारणी का कामीरी से न हो सकता है और मेरी जीवन में नहीं है।

AGREEMENT by APPLICANT (अप्पेलेंट द्वारा करार)

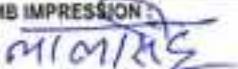
- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to user/publish/pur- up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but not limited to verbal, print, electronic, for soliciting donations for Koshika Foundation and/or disseminating information about its 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 in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रकार मेरे लिये जानकारी का पुराने काम से लिये गये सहायता की "कोशिका फाउंडेशन" और उसके जासूसीयों की अधिकृत काम है कि मेरे नाम, पता, फोटो और जीवन में सहायता है, उसे "कोशिका" इच्छा, ज्ञान, जीवन/जीवन दूसरे उद्देश्य से नुकी जानिकारियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार नाम्यम से प्रतिकृति करने के लिए अधिकृत है। ये प्रतिकृति काम जीवन के पास से या काम में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" वा नवाचोरी अधिकृत है।

2) मैं (अप्पेलेंट) इस काम से जीवन हूँ कि मेरे नाम, पता, फोटो और जीवन को कि जीवन के उद्देश्यों से प्रतिकृति है युक्त स्वरूप: जीवन का इकाई नहीं बनता। इस सर्वोपरी में "कोशिका" एवं उसके जासूसीयों का निर्माण अधिकृत और बाधकारी होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

अप्पेलेंट के लिये जीवन का अधिकृत का निराम



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

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 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.

इसके अधिकृत, जीवन की ओर से मानसंभवों को "कोशिका फाउंडेशन" से विद्युत जीवन को जाती है, जिसे हम (हस्पताल) जीवन प्रकार से अन्य व स्वीकार करती है।

1) यह कि न कोई कानून और न ही परिषद में विद्युत जीवन की ओर सहायता संभवाना का किसी अन्य स्वीकार से उक्त रोपीयांसे में लिये जा सके रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से विद्युत जीवन के अन्य सभी "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा दिया है कि है: यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा जीवन की विवरण जीवन का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस पुराने में स्वरूप कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय भवर उस रोपीयांसे हैं जिसमें गैर जीवन की संभवाना का जीवन का अधिकार सुनिश्चित रखता है।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से सभी गैर जीवन की संभवाना का जीवन का अधिकार सुनिश्चित रखता है। ऐसी पर हस्पताल द्वारा ही नहीं जीवन का जीवन का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इसीलिये हस्पताल ने ऐसी को इतना सुनिश्चित और जीवन का जीवन की विवरण को होना और "कोशिका" की कोई भूमिका का विवरण इस विवरण में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

अधिकृत के लिये संकेतिः

Date of Surgery
अंगीकार की तारीख
14/06/19

Dr. ABHISHEK HANNA
MCN No.-09-35572
Sign.....

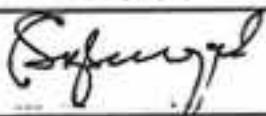
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व हस्पताल व रीज. नं.


Administrator
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्रिक्त उपयोग हैं।

SIGNATURE of TRUSTEE 1

ज्ञानी हस्पताल 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2

ज्ञानी हस्पताल 2

