

C19/08/0313

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

C10819/069

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

19.08.2019

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Hasina

AGE-YEARS आयु-वर्ष

66

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/सहोदर का नाम

U210 Abdul Gaffar

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Vill - Mala Hedi Post - Buzurg
Babul Tabad - Babat Distt. A
Sahabapur Uttar Pradesh 247120

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

IDA ABOVE

Preop Postop
069 Hasina

OCCUPATION :

व्यवसाय

NA

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

51,000

(Attach Proof of Income)

(आप का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. पैन संख्या

NA

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

Yes / No

हां / 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)	Gaffar	70	M	Husband
(2)	Imdad	48	M	Son
(3)	Maksood	40	M	Son
(4)	Rush naurob	35	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनती आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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 विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
(1)	Diagnosis - RE - IMSC CE - IMSC
(2)	Surgery - RE SICs + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता जमा
(1)	SCEH	

2) 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 assn. liable for rejection/cancellation.

- AGREEMENT by APPLICANT (show pp. 100)**

- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा पार, पात, कर्ते और विचार जो कि महात्म्य के दर्शन से प्रेरित है मुझे स्वतः ज्ञात या इन्द्रिय नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" प्रत्येक उसके स्वार्थों का निर्णय लेता और सम्भव होना।

आवेदक के हस्ताक्षर या ओपरे-डा-मिशन

(Self)

AGREEMENT by HOSPITAL (KPMH 270 WBL)

2. "बॉसिका फायनेंस" से सी सी ग्लोबल कैपिटल लिमिटेड प्रकृति की है। ऐसी पर हमलत द्वारा सी सी ग्लोबल से किये गये उपकरणक्रिया का पुनः ऐसी एवं हमलत के बीच का विषय है और "बॉसिका फायनेंस" द्वारा किसी प्रकार का कोई दावा नहीं है। इसलिये हमलत में ऐसी के द्वारा धुआ और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी ऐसी एवं हमलत की होगी और "बॉसिका" को कोई भुविदा या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

Dr. Monali Rathod (DNB)

19.08.2019

DR. Monali Rathod
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डाक्टर का नाम व इन्हारा व रजि. नं.

 VIVEK RANA

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)
Dr. Shroff's Clinic (Hospital)
(Name of Hospital/Institution)

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी इन्द्रधनुः ।

Erklärung

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायी इन्द्रधनु 2

Scrf