

C19/08/0505-

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


**Koshika**  
 foundation  
 Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

C.10819/097

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

27.08.2019

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Ramdiya

AGE-YEARS आयु-वर्ष

65

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कटुम्भ का नाम

Jurela

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

Vill. Sonbadli, Post + Tahsil  
Rampur Maheshpur, Distt. Saharanpur  
Uttar Pradesh 247451

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

As above


 Preop Postop  
 097 Ramdiya

OCCUPATION :

व्यवसाय

Labourer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

52,000

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. स्थायी खाते संख्या

NA

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

क्या आप आय कर चुकाते हैं (यदि लागू हो तो उस पर चिह्न का निशान लगाएं)

Yes No  
हां / नहीं

## FAMILY DETAILS परिवार विवरण

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ सम्बन्ध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-------------------------------------------------|
| (1)                    | Omkaam                                            | 37                         | M              | Son                                             |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
सहायता के लिए विनिर्दिष्ट आधार

|                                                                                                                |                                                                                                                     |                                                                                            |                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>सर्वोच्च रेटा के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोग्यता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये निवेदन का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई दवाविवेदन सूची संलग्न |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| (1)                    | Diagnosis - RE IMSC<br>LE IMSC                                                               |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>सो गयी सहायता राशि |
|------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| (1)                    | SCHE                                      |                                                          |
|                        |                                           |                                                          |
|                        |                                           |                                                          |
|                        |                                           |                                                          |
|                        |                                           |                                                          |

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 liability 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 it 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, for which this assistance is requested.

- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण पूर्णतः सत्य प्रमाण तथा ज्ञात है तो मेरी सहमति निम्नलिखित की जायेगी।
- 2) मेरी जाति का सहायक प्रति "कोशिका कायदेवता", मेरी जाति का सही है, जिसका उपयोग उन्नी ज्ञान की पूर्णता के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारण में सत्य तथा है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि बिना सहमति हेतु यह प्रारण की गई है, इस प्रति का सही तथा सत्य विवरण किसी अन्य कोटि/विशेष/कीट/कागजों से न ले लिया है और न ही भविष्य में लेना।

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshiika 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 Koshiika Foundation and/or disseminating information about it's activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshiika 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 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 प्रश्न पर अपने ज्ञानाधार या सोचों की बात साफ़-सादी, यै (आवेक) अपनी जानकारी की पुष्टि करता है एवं "कॉरिक्टा फाउंडेशन और ग्राहक न्यायीय" को अधिकृत करता है कि वेद मा पक्ष, कोटों और वे विचार इस प्रश्न में योग्य हैं, उसे "कॉरिक्टा" दाय्य न्यायी, दाय, साफ़-सादी दाने उद्देश्य से कुछी गतिविधियों और उपलब्धियों के तारे किसी भी प्रकार सम्मान से प्रार्थित करने के लिए अधिकृत है। वेद प्रश्न का विचार वेद प्रश्न के पहले या बाद में करने के लिए "कॉरिक्टा फाउंडेशन" या न्यायी अधिकृत है।
- 2) यै (आवेक) इस बात से सहमत है कि वेद मा, पक्ष, कोटों और विचार वेद कि सहायता के उद्देश्य से प्रार्थित है मुझे समतः साहायता का इकट्ठा करी करता। इस सम्बंध में "कॉरिक्टा" दाय्य उपलब्ध न्यायीय का निर्णय अंतिम और साफ़-सादी होता।

आलेख को हस्ताक्षर या अंगुली या निशान

RM  
50yl

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 अभिप्राय, हमाराही यही जोर से सफलतापूर्वक यह "योगिक भावचरित्र" से योगीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हमारे) दिन-रात में सदा व सचिवता करते हैं।

- [illegible]

स्वीकृती के लिए संस्तुति

27.08.2019

DR. Abhay Chavhan  
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छिद्र नं.

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory  
नाम, पद एवं हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी)

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION      मानसिक उपयोग हेतु

मन्मथी वसन्तधर ।

Ergebnis

न्याय्यो दलदलधर २

Self