

C19/09/0243

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

APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	A/0919/0503	APPLICATION DATE आवेदन तिथि	06/09/19
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम	Sita Bai	AGE-YEARS आयु-वर्ष	68
		SEX लिंग	F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/सहस्र का नाम	Jay Ram		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता			
Village ->	Bhamka	Teh. -	Lisara
Dist. ->	Alwar	Rajasthan	
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता			
CS Above			



Preop.

Postop
Sita Bai

0503

OCCUPATION : व्यवसाय	Farmer	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय	60,000	(Attach Proof of Income) (आय का सत्य प्रमाण)	NA
PAN No. स्थायी खाता 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 चिह्न 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 से संबंध
1	Poem Chand	45	M	Son
2	Kesham Kumar	42	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) जीपी ईका के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि 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 - MSC LE - MSC
②	Surgery -> RE - SJCS + 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 हो गई सहायता राशि
①	SCEH	

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, if any, liable for rejection/cancellation.

- AGREEMENT by APPLICANT (mark to box)

- 1) इस तरह का अपने समान का भरोसा ही कम रहता है, मैं (अलेक्जेंडर) अपनी पत्नी को बुद्धिमान हूँ एवं "कोशिका परामर्शदाता और सलाहकारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पते, पते और जो विभाग इस तरह से संबद्ध है, एवं "कोशिका" समूह में, घर, कार्यालय एवं अदालत में मुझे प्रतिनिधित्व और दायित्वों को निर्वह करने के प्रयास करना मे प्रार्थना करने से निवृत्त अधिकृत है। मेरा उद्देश्य विभाग के इतरों को अपने या घर के बारे में निम्न "कोशिका परामर्शदाता" से सलाह अधिकृत है।
- 2) मैं (अलेक्जेंडर) इस तरह से सलाह हूँ कि मेरा नाम, पते, पते और विभाग को निवृत्त करने से अधिकृत है मुझे तथा समान रूप से उद्देश्य की प्रतीति एवं समर्थन से "कोशिका" समूह समूह अधिकृत एवं निम्न संबंध और कार्यालयी लोग।

संविधान के प्रस्तावक थे अंग्रेजी भाषी

Sita Bai

AGREEMENT BY HOSPITAL (THIRD OF TWO)

1) that we neither are presently nor will in future avoid 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 administered 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.

[illegible][illegible]

作者：[德] 曼弗雷德·施密德 著 李 楠 译

समीक्षा के लिए भेजा

Date of Surgery
unknown till 1918.

07/03/12

Signature of Dr. S. Dharm Singh
Dr. S. Dharm Singh
(CPHTAL)
028084

MASSEY
Authorized Signatory
Admission Officer (Admission)

FOR INTERNAL USE - I.K.O.S.H.I.K.A. FOUNDATION

अनुसूचित जाति 54-2

SIGNATURE OF TRUSTEE _____

जय श्री गुरुदेव ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

TABLE 2

Sefer

Sc 28