

C19/09/0346

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building block of life

APPLICATION No.: A/0919/0512

आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 09/09/19

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Govind

AGE-YEARS उम्र-वर्ष

67

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME

पिता/कटुम्ब का नाम

Raghuveer

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासस्थान पता

Village -> Barawali, Teh. -> Deeg

Dist. -> Alwar, Rajasthan

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासस्थान पता

as above

OCCUPATION:

व्यवसाय

Farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

50,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. स्थायी खाता संख्या

NA

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

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

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	Prem Singh	35	m	Son
②	Ranwari Lal	32	m	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof किसी और आधार
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आपत्तक/दवाइयों से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
①	Diagnosis - RE - MSC LE - MSC
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 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 null, if any, 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 यहाँ पर कह रहा हूँ कि इस प्रश्न में दिए गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच नहीं था/थी तो मैं सही जानकारी देना नहीं चाहता/चाहती हूँ।

2) मैं यहाँ पर सहायता को "उद्देश्य" के लिए ही, जो मैंने इस फॉर्म में उद्देश्य के तहत उल्लेख किया है, के लिए ही प्राप्त करने, के लिए प्रार्थना में रहा/रही हूँ।

3) मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि मैंने सहायता प्राप्त करने के लिए नहीं किया/किया है, या नहीं था/थी। मैं सहायता प्राप्त करने के लिए किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से नहीं किया है और न ही भविष्य में करूँगा/करूँगी।

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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.

1) इस प्रकार का करने कावाला को कहते हैं कि उपकरण, हैं (अपरेटर) इसकी धारणा की पूर्ण करता है एवं "कोडिंगा परफॉर्मिंग और ग्राफी मशीनरी" को अधिभूत करता है कि वेग का, पता, मोटी और जो विचारों का उपकरण में शामिल है, उसे "कोडिंगा" एवम् मशीन, का, कावाला एवं उपकरण में उद्योग विनिर्माण और उपकरणों के डिजाइन के डिजाइन करने में प्रयोजन करने को लिए अधिभूत है; कि उपकरण का विचारों के उपकरण को करने का कर, में करने को लिए "कोडिंगा परफॉर्मिंग" में शामिल अधिभूत है।

2) ये (अपरेटर) इस काम में शामिल हैं कि वेग का, पता, मोटी और विचारों को विचारों को उपकरणों में शामिल है एवं एका: कावाला का कावाला की करता। इस अवस्था में "कोडिंगा" एवम् उपकरण विनिर्माण में विनिर्माण करने और कावाला की करता।

अपेक्षा से कमतरता से भरोसे का रिजक

ਗਾਨਿ ਦੇ

By affixing her/his/its signature to the undersigned Signature for recommending this case/patient for financial assistance from Kovels Foundation, we (Hospital) hereby affirm & declare 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 seek 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.

and adjust yourself to the fact that "other people" in this sense do not exist. You are (alone) the one who is in contact with it.

[illegible][illegible]

इष्टिकायां चैव हि तं भवत्युक्तिः

Date of Surgery
अपरेशन की तारीख

10/9/19

Dr. Dharm Singh
(Principal)

(Name, Designation & Signature of Authorised Signatory)
A. D. Chakrabarti (Signature)
महोदय, एन. एन. डी. अणुसंधान आयोग

FOR INTERNAL USE of KOSHKA FOUNDATION

अनुसूचित उपपन्थे इति

SIGNATURE of TRUSTEE 1
(first name)

SIGNATURE of TRUSTEE 2

 नामी समुदाय 2

Exchanged

Self