

C19/09/0407

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

A10919/0521

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

10/09/19

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Sashi Sharma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

41

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/सहोदर का नाम

Harish

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Pratap Shankar Marg, Guna, Madhya Pradesh

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

as above



Aeop.

0521



Kashaf

Sashi
Sharma

OCCUPATION :

व्यवसाय

House Wife

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 राज है (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

Yes / हाँ

No / 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	Balu Sharma	20	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश का नौपै 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) अनुपूर्णाकार कार्ड (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु लिखें अपने विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयुर्वेद/डॉक्टर से जारी की गई प्रीस्क्रिप्शन सूची संलग्न
①	Diagnosis → RE - MSC LE - MSC
②	Surgery → RE - STICS + 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	

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.

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 is requested by me.

I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other employer/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.

AGREEMENT by APPLICANT (mark to use)

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 in the Trustees of Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

इस प्रश्न का अपने हलफनाम या जवाब की साथ उत्तरदाता, मैं (आवेदक) अपनी समझति को स्पष्ट करता हूँ कि "संविधान संहिता" और उसके भागों में जो अधिवृत्त करता हूँ कि वे सब भाग, पृष्ठ, पंक्ति और जो विषय इस प्रश्न में उल्लिखित हैं, उसे "संविधान" समझूँ क्योंकि, मैं, आवेदक अपने हलफनाम में सभी संविधानों और उपसंहारों को उल्लेख करते हैं प्रत्यक्ष भाषण में प्रस्तुत करने के लिए अधिवृत्त है; मेरे प्रश्न का विषय मेरे हलफनाम के अन्तर्गत जो भाग, पंक्तियों और पृष्ठों में उल्लिखित "संविधान संहिता" में उल्लेख अधिवृत्त है।

मैं (आवेदक) इस भाग के अन्तर्गत हूँ कि वे सब भाग, पृष्ठ, पंक्ति और विषय जो कि उत्तरदाता को उत्तरदाता में उल्लिखित हैं मुझे उत्तरदाता का हलफनाम नहीं करता। इस भाष्य में "संविधान" समझूँ इसमें उल्लेखों का निर्देश भाषण और हलफनामों द्वारा।

अधिकांश को इलाहाबाद या बंगलूर में स्थित

शशि २८ मी

AGREEMENT BY HOSPITAL: (attach HQ 405)

1. Affirming her/himself, signatory of our Attached Signatory for recommending the candidate 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 information 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.

[illegible][illegible]

RECOMMENDATIONS FOR ACCEPTANCE

कृषि/कृषि विज्ञान

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

11) 9/19

प्रमाणित की जायेगी कि प्रमाणित करने वाले व्यक्ति का नाम प्रमाणित करने वाले व्यक्ति के पास है।

Place, Designation & Stamp of Authorised Signatory
 (Notary Public/Hospital)
 नाम, पद एवं अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHKA FOUNDATION

अपनी 34वां वें

SIGNATURE of TRUSTEE 1
[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नाम: इस्मर 2

Ergebnis

Self