

DEL- 6-19-09-1230

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य सेवाएँ)	 	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या : DL 0919 0028		APPLICATION DATE: आवेदन तिथि 05/09/2019		
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम Jhamnmalal				
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/स्त्री का नाम				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता fireipus Idannay Vellorepost - 29738				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थान आवासीय पता Same as above				
OCCUPATION: अवस्था farmer		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय NA		(Attach Proof of Income) (आय का संदर्भ संलग्न) NA		
PAN No. स्थाई खाता संख्या NA				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): जब आप आय कर रहे हैं (जो मान्य हो उस पर महीने का नियमन लगता है)				
Yes / No हाँ / नहीं				
FAMILY DETAILS परिवार विवरण				
Sr. No. छठम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1	Siva Devi	60	M	Wife
2	Dinesh	30	M	Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनाशी आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गर्भीय रेता के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की सभा अंति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अप्प अव वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की सभा अंति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपचारक वार्ड (प्रमाण पत्र की सभा अंति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये जाने विनाशी का उद्देश्य:				
Sr. No. छठम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से आपि की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
RE:- SIP - PR failed PR LE :- Perforated Cervical Scar				
Surgery:- THPR RIE				
ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से हिता गया है?				
Sr. No. छठम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED ली गई सहायता राशि		
1	SCEH			

DECLARATION by APPLICANT: मायेद्वारा द्वारा चीलमा पर:

- 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.
 - 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 सोलान करता हूँ कि यह प्रकार मेरे दस्ती विवरण मेंटी जनकारी के सम्मुख भाव रख सकती है। यदि कोई विवरण ऐसे काम असत्य पाल जाता है तो मेरी सहायता निःसंतोष की जा सकती है।

2) मेरे द्वारा की सहायता राखी "प्रशिक्षण फाउंडेशन", से ही का नहीं है, उसका दफ़ायत वर्ती उद्देश्य की भूमिका को दिये गए बोर्डर, जो इस प्रकार में घट गए है।

3) मैं पूरी करता हूँ कि यह सहायता देता यह प्राप्ति की गई है, उस एप्टी का अधिकार या सकाल निःसंतोष किसी अन्य स्टोरिलोजर/विद्युत कम्पनी से न हो सकता है और वही परिवर्त्य में नहीं।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पण द्वारा अमान)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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.

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 is this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रकाश पर अपने इमाजिन को अंगूष्ठ और आग साझेदार, ये (अधिकारी) अपनी सहायता को चुनौत करता है एवं "कोशिका फार्मेसीज और उसके नामांकन" को अधिकृत करता है कि मेरा नाम, जन्म, घोटी और जी विवरण इस प्रकाश में प्रकाशित है, ये "कोशिका" एवं नामांकी, एवं, लकड़ीया दूसरे उद्दरण्य से जुड़ी गोपीनाथीयों और उद्दरण्यों के लिये किसी भी प्रशंसन या प्रशंसित करने के लिये अधिकृत है; मेरे प्रकाश का विवरण मेरी ज्ञातव्य के बाहर ने करने के लिये, "कोशिका फार्मेसीज" या नामी अधिकृत है।

2) मेरे (अधिकारी) इस बात से सहमत है कि मेरा नाम, जन्म, घोटी और विवरण जो कि सहायता के उद्दरण्य से प्रकाशित है मुझे स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं कहता। इस सम्बंध में "कोशिका" इस उसके अधिकारी का नियंत्रण अधिकृत और आधारित होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

અનેક વિવાહ જ કરીએ છું તિથણ

ग्रन्थ लेख

AGREEMENT by HOSPITAL (FIRM OR WIFE)

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:

- (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 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इसी अधिकार, इसकी को और से यात्रा/दौरी को "कानूनिक उत्तरवाचन" से विभिन्न स्थानक है तथा विकलित को बताते हैं, जिसे हम (इन्स्टेल) निम्न प्रकार ही मनन व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न हो सकता और वह ही स्थिति में विद्युत साक्षण किसी भी साक्षरी संस्थान के लिए अब उत्तम से उत्तम गोई/समाप्ति में रोगी पर हो जाए है, और जो कि हमने "कोरोना वायरस" से विपरीताविहीन उक्त के माध्यम से "कोरोना वायरस" द्वारा परदे रोगी कहा है। यदि "कोरोना वायरस" द्वारा साक्षण विनाश अविकल्प/सक्रिय हो जाए तो अस्थायी अवस्था और साक्षरी संस्था का किसी अन्य संस्थान से साक्षण ले रहे का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठे में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्थायी हितोर पर उक्त गोई/समाप्ति रोगी किसी भी साक्षरी संस्था के लिए अब साक्षण से बही बोलाते हैं।
 - 2) "कोरोना वायरस" से ही एवं वह साक्षण कोषल विद्युत की है। ऐसी पर हायड्रोजन द्वारा ही एवं लग्न साक्षण का लिये गये उत्तराधिकार का खुशख ऐसी एवं हायड्रोजन की ओर का विचार है और "कोरोना वायरस" द्वारा किये गये कार्यों द्वारा जानी है। इसीलिये इसका में होगो के लग्न सुरक्षा और आपे जाने की जारी विष्वेदी होई एवं एवं इसका को होगी और "कोरोना" की कोई स्थिति का लियोगी इस समाप्ति में होगी होगी।

527. Keda RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Date of Surgery अंगीकृत की तारीख 6/9/19	Dr. Neha Kapoor Regn. No: 32637 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) दाकखाने का नाम व इमारत का संख्या, न.	Authorised Signatory नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी Anmol
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHICA FOUNDATION कानूनी उपयोग के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 1

मुख्यमंत्री रामदेव !

Schuyler

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नवरी इलाज २