

19/07/2019

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No.: V/09/19/0517
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 01/09/19
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Bani Singh
आवेदक का नाम

AGE-YEARS अनु-वर्ष 65
SEX लिंग M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Raghuram
पिता/सहस्र पति का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Nagla Bag, Sadabad

DIST - Hathras, U.P. 201306

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

same as above



Preop Postop
(0517) Bani Singh

OCCUPATION: Farmer
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 21000/-
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income) NA
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई आयदा संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान 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 के साथ सम्बन्ध
1	Ramadevi	60	F	Wife
2	Satyapal	38	M	Son
3	Bhupendra	34	M	Son
4	Yatendra	31	M	"
5	Chandrapal	26	M	"

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति 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
	RE - TMSC
	LE - RP
	Surgey - (RE) SICS + Pol

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि
1.	SCEH	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक हुए घोषणा पत्र:

1) I hereby confirm that all obtains in this form are true to the best of my knowledge and belief, and I understand that any false information provided is liable for rejection/cancellation.

2) I solemnly confirm that assistance, if received from Kasanka Foundation, will be used only for the purpose(s) as stated above and 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 for which this assistance is requested.

1) मैं खेपना करता हूँ कि इस प्रश्न में लिखे गये सभी विषयों की जानकारी को अनुसार साथ लेनी है। और यदि किसी एक केवल उत्तर देना चाहें तो वह भी ठीक है। लेकिन "अभिलेख सारवर्गिक" से भी जा रही है। उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण अंश दिष्ट किया जाएगा, जो इस प्रश्न में पूरा गया है।

3) मैं कुछ जानूँ कि किस सभाया हेतु वह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अधिका या समत दिसस बिंदी अन्य घटित नियोजकाधीन कम्पनी से व हो लिया है और व हो नियम में सुझा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कृत)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise 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 fulfilment 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 being sought, 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 हस्ताक्षर या अंगूठी की छाप लगाकर, मैं (अवेदक) अपनी साक्ष्य की पुष्टि करता हूँ एवं "कॉशिका फाउंडेशन और उसकी ज्वालोसे" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में घोषित हैं, उसे "कॉशिका" एवम् ज्योसी, राज, माधवराव दूसरे उद्देश से जुड़ी गतिविधियों और उपस्थितियों में सिद्ध किसी भी प्रकार सम्मेलन में शामिल होने के लिए उपयोग करें। मैं इस बात का विचार नहीं करता कि पहले या बाद में करने के लिए "कॉशिका फाउंडेशन" व ज्योसी अधिकृत है।

2) मैं (अपराधक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायक के अद्वैतीय से प्राप्त है मुझे उदा: सहायक का इकठ्ठा जो सहायक इस सत्य में "कॉन्सिडर" एवम् उसके व्यक्तियों का निर्णय अतिव और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेक के इलाका के जेठे का निवासी

Bani Sindh

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा स्वीकृति)

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 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.

इसके अतिरिक्त, हस्ताक्षरी को और से मान्यता/पंजी की "कोशिका कायदेशर" से जिन सहायता हेतु शिवाजि की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकृत करते हैं।

1) यह कि न तो संविधान और न ही परिषद में विविध भाषाएँ किसी एक सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थान से उठाकर रोजी-पामने में लॉम में बाँटे जा रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से शिक्षा/साहित्यिक उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्रदान करी/सकत हेतु प्रत्येक की किस बात है तो अवगत किती अन्य और सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अवगत प्रतीय मदद उक्त रोजी-पामने हेतु किसी एक सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से नहीं लेना/लेनी।

2. "कोशिका फाटनेवाला" से तो कई साराका कोशक बिलियन प्रकृति की है। ऐसी का उपयोग इस से कई सालों से किने गये उपचारप्रणाली का प्रयोग होने पर कोशिका के बीच का विच्छेद है और "कोशिका फाटनेवाला" इस किसी प्रकार का कोई दवाव नहीं है। इसीलिए उपयोग में ऐसी को इलाज मुक्त और अन्य जाने की बात निम्नलिखित की होगी और "कोशिका" को कोई सुविधा का विमोचनी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

02/09/19

Dr. ABHISHEK HANDA
MCI No.-09-35572

Signature.....
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप, न.

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामो हस्ताक्षर 1

Exchanged

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी कमलाक्ष 2

1212