

C19/09/0132

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

V/0919/0506

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

10/09/19

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Kripalsingh

AGE-YEARS आयु-वर्ष

62

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कटुम्ब का नाम

Ranpati

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Vill - Narsingan

Dist - Mathura, U.P. 281204

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

Same as above

Pic of Post of
(0506) Kripalsingh

OCCUPATION :

व्यवसाय

Unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

NA

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न) NA

PAN No. स्थायी राजस्व 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

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				

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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 - J.M.S.C.
	LE - J.M.S.C.
	Surgery - (RE) J.C.S. + J.O.L.

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लगे गई सहायता राशी
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 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 कतार हूँ कि इस प्रमाण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण पूर्ण रूप से असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।

2) मैं इससे सहायता प्राप्त "कॉन्ट्रिब्यूशन फंडेशन", से ही यह पता है, इसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रमाण में परत गया है।

3) मैं यहाँ कतार हूँ कि निम्न सहायता देते पर प्रार्थना की गई है, जब भी या अधिक या कम इस विधि अन्य स्रोत/रोजगार/बिमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में ली जा।

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 solidifying denations 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 in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (अर्थात्) अपनी सन्मति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके भ्रातृत्व" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में भरिका है, उसे "कोशिका" द्वारा स्वामी, रूप, माध्यम या दूसरे तरीके से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को दिखाने किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इच्छा के चर्चों या कर के करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या स्वामी अधिकृत है।

2) मैं (अर्थात्) इस बात से सन्मत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के इच्छाओं से प्रेषित है मुझे तथा: सहायता का इच्छा की कानून। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसके भ्रातृत्वों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

अन्वेषण या हस्तक्षेप या अंगुष्ठ या विज्ञान

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 it's 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकांश, इलाहाबादी भी अंदर से भद्रवाले/रहेपी या "कॉन्ट्रिब्यूटिंग फंडर" से मिलियन साहसवादी हेतु सिकारिया भी नहीं हैं, जिसे भ्रष्ट (हथकपट) सिन्धु प्रसार से पालन व सहीकर पालने हैं।

- 1) यह विषय जो कोर्टियर और न ही अधिकार में विहित साक्ष्य का किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य संस्था से जमा होना/प्राप्त हो सके या हो सके है, जैसे कि अपने "कोर्टियर साइटेड" से निष्पत्ति/निष्कर्ष जमा हो सम्पूर्ण में "कोर्टियर फाउन्डेशन" द्वारा मरद हो विषय है। यदि "कोर्टियर फाउन्डेशन" द्वारा साक्ष्य किसी कोर्टियर/संस्था हो मरद नहीं विषय जमा है जो अस्पष्टता किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थाओं से जमा/प्राप्त होने का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस धृति में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पष्टता द्वितीय मरद जमा होना/प्राप्त हो विषय किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थाओं से नहीं होना/प्राप्त हो।

- [illegible]

Date of Surgery ऑपरेशन का तारीख 11/09/19	Dr. ABHISHEK HANDA MCI No.-09-35572 Sign..... (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इम्पोजिटिव स्टैम्प	(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इसकातर अधिकृत अधिकारी
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

पुष्पों का वर्णन ।

आदि २