

C19/09/05/7

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation

Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

V/1019/0618

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

30/09/19

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Amrudi

AGE-YEARS आयु-वर्ष

68

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कटुम्भ का नाम

Gairindalal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासस्थान पता

House no-64 Main Road, Near Jammia Masjid,

Distt- Meerut, H.R., 122508

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासस्थान पता

Same as above

OCCUPATION:

व्यवसाय

housewife

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

NA

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. स्थाई खाता 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 लगायें)

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.	Jammia	30	M	husband
2.	Mijan	30	M	SON
3.	Vakil	25	M	SON
4.	Rahana	24	F	Daughter
5.	Harveer	23	M	SON
6.	Famian	20	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशड 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) उपादेयता 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 - TMSC
	Surgery - (K) STCS + JCC

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कहीं अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?

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

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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन सत्यता प्राप्त पाता है तो ऐसी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) ये दावा जो सहायता उचित "कोशिका फाउण्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में पेश पाया है।

3) मैं पुनः कहता हूँ कि इस सहायता हेतु यह प्रार्थना की जा रही है, वन प्रतिशत या अधिक का सकल हिस्सा किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से 4 में विभाजित और 3 को प्रतिशत में लेंगे।

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 या अपने हस्तक्षर या संगत को ज्ञात तात्पर्य, मैं (आदर्शक) अपनी सहर्माता को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायोचर" को अभिमत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फ़ोन और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् आरक्षी, राज, सचननायक द्वारा इच्छित एवं बुद्धि गतिविधिमें और उपसम्बन्धों के निरूपे स्थिती में प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मैं प्रत्येक वह विवरण में प्रत्येक के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व नगरी अभिमत हूँ।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आर्षेयक ये हस्तजन्म ये अंगौ का निदान



By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) herewith 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 अतिथि, इलाहाबादी की ओर से भाष्यकर्ताओं का "बौद्धिक परामर्शन" से विनिर्दिष्ट साक्षात्कारों में विचारों की जाँच है, जिसे हम (हस्तगत) गिन डकार से मान्य व स्वीकृत करते हैं।

1) यह कि न तो सर्वजन और न ही पक्षिय या जलिय प्राणियों किहो और सत्त्वकी संरक्षण या किहो अन्य स्वयं से उच्च रंगीयमयों में लगे या ले रहे थे, जैसे कि हमने "संरक्षित फाउन्डेशन" से विचार/विनिर्देश उच्च के समान में "संरक्षित फाउन्डेशन" द्वारा पद देते कि है। यदि "संरक्षित फाउन्डेशन" द्वारा सत्त्वजन किहो आश्रित/फलत रंगु पशुएं नहीं किया जाय है तो अस्वभाव किहो अन्य और सत्त्वकी संस्था या किहो अन्य सत्त्वजन से सत्त्वजन से या आश्रित/फलत रंगु पशुएं देता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा गया है कि अस्वभाव द्वितीय पद उच्च रंगीयमयों में रंगु किहो और सत्त्वकी संस्था या किहो अन्य सत्त्वजन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका पाठशेखर" से ही यह ज्ञात होता कि यह विविध प्रभुति की है। ऐसे पर हमसज्जत हुए ही यह ज्ञात था किने गये उपकरणप्रतिपाद का प्रयोग ऐसे एवं हमसज्जत के बीच का विचार है और "कोशिका पाठशेखर" द्वारा किसी प्रकार का कोई दृश्य नहीं है। इसीप्रकार हमसज्जत में ऐसी दो ज्ञात सुख और अन्य ज्ञान की साथ ही प्रयोग की एवं हमसज्जत की होती है और "कोशिका" की कोई प्रिया या विमोचन ही नामसे में नहीं होती।

राजीवजी के लिए संसुद्धि

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

Dr. PRIYA AGRAWAL
MCI No. 58417

Sign..... (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

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

चुम्ब व पत्र हस्तगत अधिकाधिक अधिकारी

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE

न्यासी हस्तचक्र ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

ज्यास्ती हस्ताक्षर २