

C-21-10-0519

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता देते आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य एवं सेवा)

APPLICATION NO. : आवेदन संख्या :	A 1021 0410	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि. २६/१०/२१
NAME OF APPLICANT: आवेदक का नाम	AGE - YEARS आयु - वर्ष	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/स्त्री का नाम	Arjun Meena	SEX लिंग
	77	M
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान राहगीत पता Village - Ishwana, Teh - Rojash		
Dist - Ajmer, Rajasthan - 30408 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : अस्ति आवासीय पता as above		



Preop Postop
04/10 Arjun Meeng

OCCUPATION: TEACHER FAYMEY MARRIED (P)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (संविवाहित)

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्षण संतुष्ट)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE? (Tick whichever is applicable):
मैं जरूरी दस्तावेज़ कर सकता हूँ (जो मानव हो उस पर सही जटिलता साझा)

Yes / यहाँ
सह / सही

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

SPL Card (Attach Card Copy) मर्टिवी रेल के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की ताक प्रति संदर्भ करें।)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) जाप जाए वाला प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की ताक प्रति संदर्भ करें।)	Religion Card (Attach Copy) उपस्थिति बार्ड (प्रमाण पत्र की ताक प्रति संदर्भ करें।)	Any Other Basis/Proof जन्म कोई संपर्क
--	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हो। किसे गम्भीर विचार का लकड़ैया:

Sc. No.	स्वास्थ्य द्वारा लिखे गये चिकित्सा का अस्तित्व:
इच्छा संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पायल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
①	DIAGNOSIS - RE- SENILE CAT LÉ- SENILE CAT
②	Surgery - RE- SICKENED

ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

Sr. No. संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED दी गई सहायता कीमत
1)	HILL	

DECLARATION by APPLICANT: આપણા હુએ પણ્યા રાખે

DECLARATION by APPLICANT: मेरी दृष्टि और जीवन का चयन:
 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.
 4) मैं योगदान काला हूँ तो यह प्राप्ति ये दिए गए सभी विवरण गेहू़ी आवश्यकी अंतर्गत हैं। इन्हें कोई विवरण ऐसे करने आवश्यक नहीं हैं जो कि यहाँ दिए गए नहीं हैं।
 5) मैं इस ये समर्पण को "प्रयोगीकरण करनन्देश", से ली जा रही हूँ, उसका उल्लेख इसी उद्देश्य को पूर्ण के दिए गए लाइंग, ये इस प्राप्ति में भूमिका है।
 6) मैं पुरुष करणा हूँ कि इस प्राप्ति उन्हें यह प्राप्ति की चीज़ है, यह एक काल्पनिक या सकृत विकास की लाभ योग्यताओंकरणीय कल्पना से न हो लिया है और न ही वर्णित में दिया गया है।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा सहमति)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Kashika 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 Kashika Foundation and/or disseminating information about its activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Kashika 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 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 Kashika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस अकड़ पर अपने हाथात या अंदर की साथ साक्षर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति दें और यह "कोशिका फाउंडेशन और आवेदन क्रमार्थों" को अधिकृत करता हूँ कि यह कर्म, कार्यों और विधान इस प्रकार में घोषित है, जहाँ "कोशिका" एवं, न्याय, धर्म, कामयात्रा दूसरे वर्सेस पर यह कार्यक्रम में युक्ती व्यापकीय ढंग द्वारा वर्णित हो रहा है। यह कार्यक्रम के लिये निम्न भी व्यापक गमन गति वाले हैं। ये व्यापक गमन गति वाले हैं।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि येरा जन्म, पढ़ा, पढ़ोत्तर और विपालन जैसे किंवदन्ति के उद्देश्यों में प्रयोगित हैं युक्ते व्यापक धर्मगति का एकत्र उठी व्यापक इस समर्थन में विलियम

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

L.T. Aejun Meena

AGREEMENT by HOSPITAL (रेस्ट्रेशन द्वारा)

AGREEMENT by HOSPITAL (केन्द्रीय वा स्थानीय)

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.

(Signature) _____ द्वारा केन्द्रीय वा स्थानीय हॉस्पिटल के प्रतिनिधि द्वारा दिया गया है। यह एक (डिस्ट्रिक्ट) विभाग के मान्य व स्वीकृत करते हैं।

(Signature) _____ द्वारा केन्द्रीय वा स्थानीय हॉस्पिटल के प्रतिनिधि द्वारा दिया गया है। यह एक (डिस्ट्रिक्ट) विभाग के मान्य व स्वीकृत करते हैं।

2. "कोलिका फलन्देश" से ही यह साधारण "जैविक विनियोग प्रक्रिया" है। येरी पर इस्तेमाल डॉग द्वारा की गयी संख्या का अनुभव एवं उपर्युक्त विनियोग की विधि का विवरण है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Date of Surgery
ऑपरेशन की तिथि
८।।१०।२।

Dr. NUPUR GUPTA

MS (OPHTHAL)
(Name of Dr. & Regd. No. with Stamp)

FOR INTERNAL USE OF KOSHICA FOUNDATION

CHARAN MASSEY
(Name, Designation & Authorised Signatory
Dr. Shrawan Kumar
मार्केटिंग विभाग के प्रभालय

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यायी हस्ताक्षर ।

SIGNATURE OF TRUSTEE 2
मालो हस्ताक्षर 2

नाम दिया।