

AWR-C-22-12-1173

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika
foundation
Building block of life.APPLICATION No.: A/0123/0922
आवेदन संख्या:APPLICATION DATE: 02-01-2023
आवेदन तिथिNAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम

Kalya

AGE-YEARS आयु-वर्ष

64

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:
पिता/कटुम्भ का नाम

Bahori

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Village- Alan, Teh.- Bharatpur, Dist.- Bharatpur

Rajasthan-321025

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

As above

OCCUPATION:
व्यवसाय

Farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

50000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. स्थाई खाता संख्या

NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये)

Yes / (हाँ)

No / (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	Gomdi devi	60	F	Wife
2	Sachin	30	M	Son

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
1	Diagnosis RE - SENILE CATARACT LE - PCOL
2	Surgery - RE - STICS WITH PMMA

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया हो?

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

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.

- AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा सहमति)

- 2) मैं (अवस्था) इस बात से सज्जत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के अर्हतापत्रों से प्रामाणिक है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनता। इस सम्बंध में "कंटेनर" एवम् ठाकुर न्यायियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

AGREEMENT by HOSPITAL (HOSPITAL 200 400)

2. "कोशिका फाटने" से जो गर्म सहायता लेता विविध प्रकृति को है। रोगी पर हस्तगत द्वारा ही गर्म सहायता या किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्तगत को बीच का विषय है और "कोशिका फाटने" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्तगत में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने को सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्तगत को होगी और "कोशिका" को कोई भुनिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

स्वीकृति के लिए संस्थापि

CHARAN MASSEY
Administrator
(Name, Designation & Stamp of authorised Signatory)
Dr. Shree Eye Hospital, Alwar
नाम व पद प्रस्पताल अधिकारी अधिकारी

Reg. No. - DMG/93199

Reg. No. - DMCR/50/100
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2

Left