

C924/7/12

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	E/0717/0098	APPLICATION DATE : आवेदन तिथि	12/7/12
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम	Tara Chand.	AGE-YEARS आयु-वर्ष	87
		SEX लिंग	M
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कन्या का नाम	Nishu Ram		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता			
Village - Bokedi, Tehsil - Kishangarh			
District - Alwar, Rajasthan			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता			
- Old Chaur -			

Preop
0098Postop
Tara Chand

OCCUPATION : व्यवसाय	Labour + old crop husbandry	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय	45,000/-	(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न करें)	NA
PAN No. स्वयं खता संख्या	NA		
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 सम्बंध
1.	Devdutt	45	M	SON
2.	Narlesh	42	M	SON
3.	Rajwade	38	M	SON
	Dile			Daughter
				Married

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रखा 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 Basic/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई इतिवेदन सूची संलग्न
1.	Diagnosis - RE - PP IE - Brown Cat
2.	Surgery - IE - FCEE + JOL

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 एतौ गई सहायता राशि
1.	Veno.	

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.

- 1) मैं योजना बता रहा हूँ कि इस प्रकल्प में निम्न गये सभी विषयों में मेरी जानकारी को अत्युत्तम मान्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायक शिष्टता की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता एवम् "कौशिक पाठशाला", से ली जा रही है, उसका उपयोग उन्नी प्रयोग की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकल्प में भी गया है।
- 3) मैं स्पष्ट करता हूँ कि विस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस एवम् का अधिक या सबल दिवस किसी अन्य प्रोत्तिपोषक/वीर्य कल्पनी से न हो लिये है और न ही अधिक में लुप्त।

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 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 प्रश्न का अपने हस्ताक्षर या अंगूठी की छाप लगाकर, मैं (अवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायोचर्चों" को अधिभूत करता हूँ कि भेद धर्म, जाति, जाति और जो विषय इस प्रश्न में संलग्न है, उसे "कोशिका" समूह न्यायी, धर्म, सामाजिक धर्मो उद्देश्य से जुड़ी प्रतिनिधियों और उपाध्यक्षों के लिए किसी भी प्रकार सामान्य से प्रभावित करने के लिए अधिभूत है। ये प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से न्यायी अधिभूत है।
- 2) मैं (अवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि भेद धर्म, जाति, जाति और विषय जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है जुड़ गया: सहायता का कबला नहीं करता। इस समर्थन में "कोशिका" समूह उसके न्यायोचर्चों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आवेक के इलाज मा अंग्रे के निशान



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.

इससे अधिकतम, हालांकि की ओर से मायवे/एंगी को "कोलिका फायरब्रान" से विविध सहायक ढंगु सिद्धि की जाती है, जिसे हम (हस्तागत) विधि प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1. यह कि न तो कलहान और न ही पवित्र में विविध सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रोत से उच्च ऐंसे/मार्गों में लेने या ले रही है, जैसे कि अपने "कोशिका पत्रादेश" में लिखित/विधित उच्च के समर्थन में "कोशिका पत्रादेश" द्वारा पदर हेतु कि है। यदि "कोशिका पत्रादेश" द्वारा सामान्य विधि आधिकारिकता हेतु मन्त्र नहीं किया जाता है तो सम्पत्ति किसी अन्य या सरकारी संस्था या किसी अन्य सहायक से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि सम्पत्ति द्वितीय पदर उच्च संग्रहीत/मार्गों हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका पत्रादेश" से ही नई सहायक केवल विविध प्रकृति की है। ऐंगी पर सम्पत्ति द्वारा ही नई सहाय या किये गए उपकरण/प्रक्रिया का प्रयोग ऐसे एवं सम्पत्ति के बीच का नियम है और "कोशिका पत्रादेश" द्वारा किसी प्रकार का कोई दस्ता नहीं है। इसलिए सम्पत्ति में ऐंगी को इतना मुक्त और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी ऐंगी एवं सम्पत्ति को होने और "कोशिका" को कोई भुविता या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

ऑनलाइन भी तापमान

18/7/17

DR. WANG ZHONGQING

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

DR. ABHISHEK B. DAGAR

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)

VENU EYE INSTITUTE & RESEARCH CENTRE

1/31. इस क्षेत्र में प्रमुख भू-विकास क्षेत्रों Area,

BRABANT, New Green - 110017

Registration No. : DMC-17300

FOR INTERNAL USE of KOSHKA FOUNDATION

Reg. No. - 51023

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासो वास्तवः ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

આચાર્ય દલજીવર ૨

Exempted

2020