

C18/12/0087

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्राप्ति

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika

foundation

Building Block of Life.

APPLICATION No.: A/1218/0623 APPLICATION DATE: 11/12/18

NAME of APPLICANT: Mohan Lal AGE-YEARS: 60 SEX: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Manisha

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: बंडोल अवासीय पता
Village - Harsidhpur - T.O. - Udaipur District
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई अवासीय पता
as abovePost Office: Post of
0623 Mohan Lal

OCCUPATION: Labourer MARRIED (मिश्रित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: ₹ 18,000 (Attach Proof of Income)
कृषि कार्यकरण वाले

PAN No. एपीएन नंबर: NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE? (Tick whichever is applicable): Yes/No
ममता जाति का राज है (जो साक्ष भी इस पर चढ़ी का लिखने लगती)

FAMILY DETAILS: परिवार विवर

Sr. No.	Name of Family Member परिवार में सदस्य का नाम	Age (Years) उमेर (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant अवेदन के साथ जुड़ाव
1	Ramji Lal	60	M	Son
2	Kailash	35	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये चिन्हित क्षेत्र

BPL Card (Attach Card Copy) बीपीएल की पर्याप्त उपलब्ध रह (इसका पर भी ज्ञान दी जाता है)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एसी ज्ञान उपलब्ध रह (इसका पर भी ज्ञान दी जाता है)	Ration Card (Attach Copy) उपलब्ध रहते हुए ज्ञान दी जाता है	Any Other Basic/Proof अन्य कोई ज्ञान

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु लिये गये विवरों का वर्णन:

Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/दैविकरा से ज्ञानी भी गई आवेदन सूची जाता है
1.	Diagnosis — RE-IMSC दिनांक — RE-IMSC
2.	Surgery — RE-SIC-126 दिनांक — RE-SIC-126

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस कार्यक्रम के हेतु कोई अन्य सहायता लियी जाने वाले से लिया गया है?

Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED वे गई सहायता राशि
1.	SCM	

DECLARATION by APPLICANT (कानूनी दस्ता लिखने का):

- 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 प्रत्येक कानूनी दस्ता में दिए गए सभी विवरण ऐसे बनाएँगे कि जबकि मानव चाहे भी हो वह उसी विवरण का अनुकरण करता है। मैं आई विवरण इस कानूनी दस्ता का पापा वह है जो मैंने अपनी नियम की जाकरता है।
- 2) मेरे पापा को नामांकन की "कोशिका वार्डेनर", हो चुका है, जबकि मानव उसी उद्देश्य की तृप्ति के लिए विवरण बनाएँगे, जो इस कानूनी दस्ता में दिया गया है।
- 3) मैं यूपी कानूनी दस्ता में दिए गए प्राप्ति की गई है, जो यही जो विवरण का नामांकन करने के लिए है और वह विवरण में दी गई है।

AGREEMENT by APPLICANT (कानूनी दस्ता का):

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika 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 Koshika Foundation and/or disseminating information about its 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 is final and acceptable to me.
- 1) यह दस्ता मानव का अधीन की जाने वाला है जो "कोशिका वार्डेनर" की विवरण का नामांकन करता है। यह विवरण इस दस्ता में दी गई है, जो "कोशिका" वार्डेनर, दस्ता, वार्डेनर इसी उद्देश्य की तृप्ति के लिए बनाएँगे जो इसके द्वारा दी गई विवरण की जाकरता है। यह उसी दस्ता में दिया गया है।
- 2) मेरे पापा को नामांकन करने का दस्ता, जो यही विवरण को दी जाना चाहिए वह दस्तावेज़ में दी जाती है जो इसके द्वारा दी गई विवरण का नामांकन है। इस दस्ता का अधीन यह विवरण की जाकरता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अप्रैल में इसका यह अंगूष्ठ का विवरण

Moham Lal

L-17

AGREEMENT by HOSPITAL (एफीटी दस्ता का):

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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in this matter.

यह अप्रैल, अंगूष्ठ की ओर से जारी की जाने वाली की विवरण की जाती है, जो यह दस्ता में दी गयी विवरण का अधीन है।

- 1) यह दस्ता मानव की ओर से अंगूष्ठ की विवरण जाना दिया जाना वाला वह दस्ता जो यही अंगूष्ठ की जाने वाली विवरण की ओर से होता है, जो "कोशिका वार्डेनर" की विवरण की जाने वाली दस्ता है। यह विवरण जानी वाली विवरण का नामांकन है। इस अंगूष्ठ की जाने वाली विवरण की जाने वाली दस्ता में दी गई है। इस अंगूष्ठ की जाने वाली विवरण की जाने वाली दस्ता की विवरण की जाने वाली दस्ता है।

- 2) "कोशिका वार्डेनर" की ओर से अंगूष्ठ की विवरण जानी वाली दस्ता की जाने वाली दस्ता है। यह अंगूष्ठ की जाने वाली दस्ता में दी गई है। यह अंगूष्ठ की जाने वाली दस्ता की जाने वाली दस्ता है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Dr. Dham Singh

Date of Surgery
बोल्डोर की ओर
12/12/18

MS (OPHTHAL)
Reg. No.-028084
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉ. धर्म सिंह का नाम व नामांकन की ओर।

L MASSEY

Administrator
Dr. Shroffs Eye Hospital, Agra
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
एफीटी दस्ता का अधीन अंगूष्ठ की जाने वाली दस्ता

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्बोक्त उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामी उपायक 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामी उपायक 2