

C18/12/0090

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.: A 1218 0625
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 11/12/18
आवेदन तिथि:

NAME of APPLICANT: Ramjital
आवेदक का नाम

AGE-YEARS वय-वर्ष
60 M

PARTNER/SPOUSE'S NAME: Sallu Ram
परिवारका नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: बड़ीगांव ग्रामपालीक पाल
Village - Badiogarh Teh - Jaipurgarh
Dist - Alwar, Rajasthan
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थान ग्रामपालीक पाल
as above



Phone: Post-09:
0625 Ramjital

OCCUPATION: Farmer
अनुदान

TOTAL ANNUAL INCOME: ₹ 6,000/-
कुल वार्षिक वय

PAN No. प्राप्ति संख्या संख्या: N/A

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE? (Tick whichever is applicable):
एप्प जन अव फ़ाइट है (जो जन दो उम्र पर भी का उत्तरान ले सके):

Yes / No
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के सम्बन्ध
1.	Ramjital.	60	M	Son
2.	Damila.	22	F	Grand daughter
3.	Beecha.	20	F	

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए चिह्नित करें

SPL Card (Attach Card Copy) गर्भी रेत के नीचे इमार रख (इमार रख की साथ भी संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) जन वय की इमार रख (इमार रख की साथ भी संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपर्योग कर्ता (इमार रख की साथ भी संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof जन की सहायता

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु लिये गये विवरों का उल्लेख:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आवासानिक रिपोर्ट या ड्रग्स की गई विवरण सूची संलग्न
1.	Diagnosis — RE - IMSC LE - IMSC
2.	Surgery — RE - SIC + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता लियी अन्य स्रोत से लिया रखा है?

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

DECLARATION by APPLICANT: मेरी ज्ञान की पूर्णता

- I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statements will render my application or ongoing assistance liable for rejection/cancellation.
- I solemnly confirm that assistance, if received from Keshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance was requested by me.
- 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 अपना कार्य दृष्टि से इस फॉर्म में लिखा हुआ है कि मेरी सभी ज्ञानीय विधाएँ एवं विकास पर्याप्त बहुत अच्छा रूप से बहुत अच्छा है जो मैं इस फॉर्म में लिखा है।

2) मैं इस सम्बन्ध में "कैशिका यात्रावेताह", ऐसी नहीं हूँ, जोकि आपको अपनी उल्लेखनीय गुणों को लिये लिया जाता है, जो इस फॉर्म में लिखा है।

3) मैं इस कार्य दृष्टि से इस फॉर्म में लिखा हुआ विषय विशेष एवं विवरणित करता हूँ कि मैं इसे ही और कोई व्यक्ति नहीं देंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (see reverse side)

- 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 virtual, 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 in this regard will be final and irrevocable to me.

1) यह रक्त का अनुदान का लिए ही काम कराता, मैं (लाइसेंस) अपने पाठ्यपत्री की जूट करता हूँ एवं "संस्थान प्राप्तिकरण की समर्थन समिति" को अनुदान यह रक्त में भेजता हूँ। मैं "संस्थान" एवं गवाही, दस्त, वाचपत्र युक्त उद्देश्य से जूटी पाठ्यपत्री को उपलब्धिकरण के लिए बिली की प्राप्त करना चाहता हूँ, जोड़ी जूट के लिए उपलब्ध है। मैं यह का विवरण नहीं बताता जो काम से जुड़ी हो जाती है जिस "संस्थान प्राप्तिकरण" का नाम है।

2) मैं (लाइसेंस) यह रक्त के लिए इसे देंगा, जोड़ी जूट के लिए विवरण जो कि गवाही के उद्देश्य से जुड़ी है जूटी रक्त, उपलब्ध काम इवांगर नहीं कराता एवं उपलब्ध है "प्राप्तिकरण" का उपयोग नहीं करता जो कि जूटी रक्ती और जूटी रक्ती है।

ADMIRALTY SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

मोहर वाली गुलाबी रंग का चित्र

LTH
panji cel

AGREEMENT by HOSPITAL- (इसका द्वारा सहमति)

By affixing her/his/her signature on 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, 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.

इसी अधिकृत राज्यकी द्वारा से प्रभावित होने के "वैदेशिक चालानेस" के लिए जल्दी ही विभिन्न दो दस्ती हैं, जिनमें एक (राज्यका) जिन उच्च दर वाली व संक्षय करने की
एक अधिकृत राज्यकी द्वारा से प्रभावित होने के "वैदेशिक चालानेस" के लिए जल्दी ही विभिन्न दो दस्ती हैं, जिनमें एक (राज्यका) जिन उच्च दर वाली व संक्षय करने की
एक अधिकृत राज्यकी द्वारा से प्रभावित होने के "वैदेशिक चालानेस" के लिए जल्दी ही विभिन्न दो दस्ती हैं, जिनमें एक (राज्यका) जिन उच्च दर वाली व संक्षय करने की

2. "कोलीकां वाहानें" दे ली गई सामग्री कोना नियम अनुचित थी है। क्षेत्री या इमारात द्वारा दी गई प्रत्यक्षप्रतीक या सूचना एवं एक इमारात
दी गई या विपरीत है और "कोलीकां वाहानें" द्वारा दियो गया कठ बैरी व्यक्त करती है। मानसिक इमारात में देवी के प्रतार युक्त और उन्हें चारों ओर जिसके द्वारा एक इमारा
दी गई है और "कोलीकां" दी गई शृंखला या विपरीत है यह गानों में जीती होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

त्रिलोकी द्वारा दिए गए

八、蘇州小學教材

DR. S. V. RAO
Administrator
Dr. S. V. RAO (Stamp of Authorised Signatory
(Name, Designation & Stamp of Hospital)
Dr. S. V. RAO

Date of Surgery शिरोमणि का तिथि <i>12/12/18</i>	Dr. Gurmeet Singh MS (OPHTHAL) Reg. No. 029094 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) गुरमेत सिंह एवं इनमे मान्यता प्रदान की गयी है।	C. MASSEY Administrator Dr. Shalabh Singh [Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital] काम के लिए इसका उपयोग कीजिए।
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION		अन्तर्राष्ट्रीय वापर के लिए
SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी दस्तावेज़ 1 <i>S. Sengar</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी दस्तावेज़ 2 <i>L. Sengar</i>	