

C18/12/0092

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building block of life

APPLICATION No.: A/1218/0627

APPLICATION DATE: 11/12/18

NAME of APPLICANT: Ramlo Devi

AGE-YEARS 60

SEX F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Rewad mal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: गाँव का पता

Village - Harsana, Teh - Jaxmangarh,

Dist - Alwar, Rajasthan

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास का पता

As above

OCCUPATION: Farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 70,000

(Attach Proof of Income) NA

No. of Family Members: NA

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

Yes / No

आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर चिह्न लगाएं)

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 से संबंध
1	Phan Lal	30	M	Son
2	Ravi	25	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रक्षा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	--	--	---

"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 — RL- PP LE- IMSC
2	Surgery — LE- SICS+IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कहीं अन्य सहायता मिली अन्य स्रोत से लिखा गया है?

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


 Pic of Post of
 0627 Ramlo
 Devi

DECLARATION by APPLICANT: ☐ I am the owner of the property. ☐ I am not the owner of the property.

- 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 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 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 for which this assistance is requested.
- 4) मैं योद्धा धारा है कि इस प्रमाण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य माना जाय तथा भी मैंने गलत लिखा है तो मेरी आवेदन पत्र को खारिज कर दिया जायेगा।
- 5) मैं योद्धा धारा योद्धा "योगिकता प्रमाणपत्र", के लिए आ रहा हूँ, इसका उपयोग करने के लिए मैंने अपने विचार, कार्य, जो इस प्रमाण में कहा गया है।
- 6) मैं योद्धा धारा है कि मैंने इस प्रमाण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य माना जाय तथा भी मैंने गलत लिखा है तो मेरी आवेदन पत्र को खारिज कर दिया जायेगा।

AGREEMENT by APPLICANT (signature and date)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकार मैं अपने हस्ताक्षर या मुद्रा छापकर, मैं (आवेदक) अपनी छवि की छवि प्रकाश में एवं "कोशिका" फाउंडेशन और उसके ट्रस्टियों "को" अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता और वे विवरण इस प्रकार में प्रकाश में, जैसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, या, कानूनन पूरी दूरस्थ से जुड़ी एक्टिविटीज और प्रदर्शनों में मिले किसी भी तरह के प्रचार के लिए अधिकृत हैं। मैं इस बात को स्वीकार करता हूँ कि मेरे नाम से पहले से पहले मैं अपने नाम से पहले मैं "कोशिका फाउंडेशन" में प्रवेश अधिकृत हूँ।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, पते और विवरण को कि फाउंडेशन के ट्रस्टियों से प्रेषित है मुझे सहायता, प्रशिक्षण या प्रकाश नहीं करता। इस मामले में "कोशिका" द्वारा प्रदान की गई सहायता और प्रशिक्षण को स्वीकार करने के लिए मैं सहमत हूँ।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

अभिनेता ने प्रमाण या कोई नए प्रमाण



R+H
pamlo

AGREEMENT by HOSPITAL (FORM NO 501)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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 we 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.

Dr. Pharm-Singh
MS (OPHTHAL)
Reg. No.-028084

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

MASSEY
Administrator
Dr. Shroffs Eye Hospital, Alwar
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
मास वे मा अरुणत अक्षर अक्षर

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE :
 नामी हस्ताक्षर :

Erfaugel

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नाम: _____

2018