

C18/12/0125

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्राप्ति

(Healthcare)

(सहायता देखाना)

APPLICATION NO.:  
आवेदन संख्या :

A/1218/0633

APPLICATION DATE: 14/12/12  
आवेदन तिथिNAME of APPLICANT:  
आवेदक का नाम

Jagdish

AGE-YEARS वय-वर्ष  
73SEX लिंग  
MFATHER'S/SPOUSE'S NAME:  
पिता/पत्नी का नाम

Ram Dayal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: सहेज आवासीय स्थ

Village - Harsana T.O. - Lajpatgarh,

District - Alwar, Rajasthan

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: सहेज आवासीय स्थ

as above



Photo Post Office

0633 Jagdish

OCCUPATION:  
पेशी

TOTAL ANNUAL INCOME: ₹500/-

कृषि वर्षार्थ अव

NA

Are YOU AN INCOME TAX ASSESSSEE (Tick whichever is applicable):  
मासिक भाग कर रहा है (जो मासिक भाग उम्र के लाई का नियम लगाता) MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (विवाहित नहीं)(Attach Proof of Income)  
(आवेदक का साध्य सेवन)Yes (हाँ)  
No (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 साथ सम्बन्ध
1.	Jagdish Kumar	45	M	Son.

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
सहायता के लिए विचारित अवाद

BPL Card (Attach Card Copy) गवाही रेत को लेने वाला पत्र (पत्र पर कोई छाप वा संलग्न को)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) लाल सर की इच्छा पत्र (पत्र पर कोई छाप वा संलग्न को)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (पत्र पर कोई छाप वा संलग्न को)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सब्द

## "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विचारी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से लाए गए विचारी का उद्देश्य
1.	Diagnosis — RT - ENTC L.L - TMSC
2.	Emergency — RE - STUS + TOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता दिलाई जानी चाही तो क्या होगा?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोतों का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED निम्न लिखा गया तरीके
1	SCBH	

**Koshika**  
foundation  
Building Block of Life

## DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा कथन करो:

- 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 it 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.
- 1) मैं आवेदक काम हूँ कि इस प्रकाश में दिये गये सभी जिक्रों में "आवेदकी" को अनुमति दिया रखा जाए तो है। एवं कोई विकल्प या बाहर आवाज आवाज नहीं है।
- 2) मेरे द्वारा की जानकारी की "कोशिका चालन्डेस", ऐसी नहीं है, जिसका उद्देश्य यही उद्देश्य है जो जूही की दिये दिये जाएंगे, जो इस जानकारी के लिए दिया गया जानकारी में नहीं दिया गया है।
- 3) मैं युक्ति करता हूँ कि ये नियम विकल्प नहीं हैं। यह यही का अधिकार या जानकारी नहीं है। जो यही का अधिकार या जानकारी नहीं है।

## AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कराया)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print/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 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) मैं आवेदक का यही काम करता हूँ कि मैं (आवेदक) कोशिका चालन्डेस और उसके जूहों को अनुमति दिया हूँ कि यही नाम, वास्तवी और जो जिक्रों में दिया गया है, उसे "कोशिका" एवं जानकारी, यह, उपलब्ध दृष्टि उद्देश्य से जूही योग्यताओं और उपलब्धताओं के लिए दिया भी जानकारी या उपलब्धताएँ दिया जाएंगी हैं। ये आवेदक की जिक्रों में उद्देश्य के लिए उपलब्ध हैं। मेरे आवेदक की जिक्रों में उद्देश्य के लिए उपलब्ध हैं।
- 2) मैं (आवेदक) इस बाबे से सम्मत हूँ कि मैंने यही जानकारी दिया है कि यही उपलब्ध दृष्टि उद्देश्य में जूही सहज या आवाज या उपलब्धताएँ दिया जाएंगी।

## APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के उपलब्ध का लिया गया जिक्र



## AGREEMENT by HOSPITAL (आवेदक द्वारा कराया)

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:

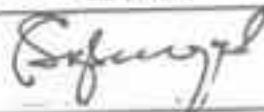
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is 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 the matter.
- मार्गी अधिकारी, उपलब्धी को नहीं के यापन कीर्ति को "कोशिका चालन्डेस" से दिया जानकारी दिया जाए है, जिसे इस (अस्पताल) द्वारा प्रकाश में जानकारी दिया जाए।
- 1) हम न हम अधिकारी वही भी गणना में दिया जानकारी दिया है। जानकारी संभवतः जो किसी अन्य संस्था से उपलब्ध नहीं होती है, उसे भी इसे "कोशिका चालन्डेस" में संमिलित करने के लिए उपलब्ध कराया जाए। एवं "कोशिका चालन्डेस" द्वारा यानी कोशिका चालन्डेस से जूही योग्यताएँ दिया जाए हैं। अस्पताल की जिक्रों में उपलब्ध हैं।
- 2) "कोशिका चालन्डेस" में भी यही उपलब्धताएँ दिया जाएंगी हैं। कोई यही उपलब्धताएँ दिया जाए हैं। यही उपलब्धताएँ दिया जाए हैं।
- 3) "कोशिका चालन्डेस" में भी यही उपलब्धताएँ दिया जाएंगी हैं। कोई यही उपलब्धताएँ दिया जाए हैं। यही उपलब्धताएँ दिया जाए हैं।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE  
स्वीकृती के लिए संकेतिकी

L. MASSEY

Administrator  
Dr. Shroff's Eye Hospital, Aligarh  
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory  
on behalf of Hospital)  
नम ए पट्ट इस्पताल कीप्रति अधिकारी

Date of Surgery अंतिम दिन की तारीख 15/12/18	MS No. Reg. No. 00000000 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) दास्तावेश का नाम व इस्पताल का नंबर ०	FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION जनरल उपयोग हेतु
---	---	---

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
नामी इस्पताल ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
नामी इस्पताल २
