

C18/12/0138

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION NO.: A1121810638
आवेदन संख्या :APPLICATION DATE: 13/12/118
आवेदन मितिNAME OF APPLICANT: Bhagwan Ram
आवेदन करने वाले का नामAGE/YEARS वयस्-वर्ष
65
SEX लिंग
MFATHER'S/SPOUSE'S NAME: Bhagwan Ram
पिता/स्त्री का नामPRESENT RESIDENCE ADDRESS: कर्मचारी घर
Village - Haldipur T.O. - Jaxmangarh,
Dist. - Alwar, RajasthanPERMANENT RESIDENCE ADDRESS: घर
as above

Phone No.: 0638

Post Office:
Bhagwan
Ram

OCCUPATION: Labourer

MARRIED (मिलिए) / UNMARRIED (मिलियाँ)

TOTAL ANNUAL INCOME: 6000/-
कुल वार्षिक वाप(Attach Proof of Income)
(अधिक वाप संदर्भ में) NA

PAN No. स्टार्ट वाला संकेत: NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSSEE? (Tick whichever is applicable):
जब आप वाप को देते हैं (जो सर्व देते हैं जहाँ वाप विश्वास लगता)Yes (हाँ)
No (नहीं)

FAMILY DETAILS परिवार का सिवाय

Sr. No. इन संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant संबंधित के साथ सम्बन्ध
1	Ram Kishan	35	M	Son
2	Nilesh	33	M	Son
3	Khem Chand	30	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए विवरित अधार

BPL Card (Attach Card Copy) गर्हयी रेक्ट के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जाति चौथी संतरण की)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) लाल वाप की प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जाति चौथी संतरण की)	Ration Card (Attach Copy) उपलोड करें (प्रमाण पत्र की जाति चौथी संतरण की)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सम्बन्ध
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे जो जिसकी का उद्देश्य:

Sr. No. इन संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/हास्पिट से जारी की गई विज्ञेय सूची संलग्न
1	Diagnosis — RE - IMSC LE - IIMSC
2	Surgery — RE - 3108 + 10L

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

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

DECLARATION by APPLICANT: अप्लिकेशन करने वाले का घोषणा

- 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 for rejection/cancellation.
 - 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 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 for which this assistance is requested.

1) मैं पूरा करता हूँ कि इस प्रकार मेरे पास किया गया सभी जनकारी को असूला समझ दूँगा है। मौर्य कोई किया तर्फ करना चाहता है तो मेरी सहायता निवार की जरूरत नहीं।

2) मैं इस सभी सहायता की "व्यक्तिगत कारबैंडेशन", न हूँ जूँ हूँ, उसका उपयोग तभी उत्तम भूमि के लिए किया जायेगा, जो इस प्रकार हो भाग रहा है।

3) मैं नुस्खा करता हूँ कि यह सामग्री हमें यह काम की जाए है, जहां जारी कर बनाकर या जाकर या जानकारी के न हो सकिए हैं और न ही योग्यता न हो

AGREEMENT by APPLICANT (amending DPO 9403)

- 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 प्राप्त से असी हमेशा को जाने को बहुत चाहता, मैं (आवेदक) अपनी स्थायी को पुरी तरह हूँ यह "कोशिका यात्रार्थी और समर्थ यात्रीर्थ" को अधिकृत करता हूँ कि मैंहूँ यह, कोई भी जो विषय इस प्राप्त में शामिल है, यह "यात्रिका" एवं नवाची, या, वापावाह दूरी उत्तराधि के भूमि गोदियार्थी या यात्रीर्थी के लिए विशेष भी प्राप्त गण्य है प्रभावी कारों के लिए अधिकृत है। मैं उपर से विवरों में इच्छा की जाते का बहुत बड़ा बड़ा करने के लिए "कोशिका यात्रार्थी" का नवाची अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मैंहूँ यह, या, कोई और विषय को जो यात्राका एवं उद्देश्य है जो यात्रा का इकाई की वास्तविकता होगी।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

A purple ink thumb impression is shown, with the label "LTH" written above it and "Right" written below it.

AGREEMENT by HOSPITAL (स्वाक्षर दिलाने 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/procedures 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.

इसी अधिकृत स्थानीय भरे से मार्गदर्शक को "वॉलिंग चार्टनेट" से लिखित समझौते से विस्तृत भी जाती है, जिसे हम (समझौता) द्वारा प्रकार से मान या स्वीकार करते हैं।
1) यह कि हम समझौते भरे की अधिकृत में लिखित समझौते किसी भी स्थानीय सम्पर्क या किसी अन्य स्रोत से उक्त सुनिश्चयात्मक में लिख नहीं रखे हैं, वैसे कि हमने "वॉलिंग चार्टनेट" से लिखायिए/विलिए तथा वे समझौते में "वॉलिंग चार्टनेट" द्वारा बदल हुए कि हैं। और "वॉलिंग चार्टनेट" द्वारा समझौता लिखी अधिकृत समझौते से सम्पूर्ण भी लिख जाता है वे समझौते किसी अन्य या स्थानीय सम्पर्क या किसी अन्य सम्पादन से समझौते संस्करण का अंतिम सुनिश्चय सम्भव है। इस दृष्टि में स्पष्ट बता जाता है कि अन्यतात् द्वितीय समझौते द्वारा लिखी गई समझौते या किसी अन्य घटना से वही लंबाई होती।
2) "वॉलिंग चार्टनेट" से ही नई अन्य स्रोत लिखित प्रकृति नहीं है। ऐसी भर समझौते द्वारा या किसी गये अन्यांशक्रिय का युक्ति एवं एवं समझौते की घोषणा का विषय है और "वॉलिंग चार्टनेट" द्वारा किसी प्रकार का अंदर रखने वाली है। प्रतिनिधि समझौते में ऐसी भर समझौते और उसे जाने की गयी विस्तृती ही एवं समझौते की दृष्टि और "वॉलिंग" की जांच अधिकृत या लिखायिए इस समझौते में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

RECOMM

© MASSEY

Date of Surgery
अंगोल की वर्तीत
1-3-12-11-8

MS (OPHTHALM)
Reg. No.-124082

Administrator
Dr. Shroff's Eye Hospital, Ahmedabad
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

FOR INTERNAL USE OF KOSHICA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1
SARAH KELLY

SIGNATURE of TRUSTEE 2

Sydney

李文