

C811210179

maya.

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

A/1218/0654

APPLICATION DATE : 31/12/18

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Maya Devi

AGE-YEARS आयु-वर्ष

60

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/सहोदर का नाम

Ramu

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Village - Nashapuri, Teh. - Kishanganj, Dist. - Alwar, Rajasthan

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

as above

OCCUPATION :

व्यवसाय

Farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

65000

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न) NA

PAN No. आय का स्रोत

NA

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

आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

Yes / No

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 के साथ सम्बंध
1	Purshamanand	43	M	Son
2	Anil Kumar	36	M	Son
3	Daya nand	30	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विधि 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) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये चिकित्सीय उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अवधारण/प्रीस्क्रिप्शन से जुड़ी कोई भी डॉक्यूमेंट संलग्न
1	Diagnosis - RT - IMSC LE - IMSC
2	Surgery - RT - STCS + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली जा रही है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कितनी सहायता मिल रही है
1	SCPM	


 Pre op. Post op
 0654 Maya
 Devi

DECLARATION by APPLICANT: जॉर्ज डी। बार्नर, एम।

- DECLARATION by APPLICANT:** **अभ्यर्थी का घोषणा पत्र**
- 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 applicable for rejection/cancellation.
 - 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Kashioka 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).
 - 4) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान दूँगा तो मेरा आवेदन तथा जारी है वो मेरी सहायता प्राप्त की जा सकती है।
 - 5) मैं यहाँ घोषणा करती हूँ कि मैंने कभी भी मदद नहीं ली है, इसलिए मैंने मदद करने की पूर्ति को अपने लिए नहीं किया, जो इस प्रकार में पाया गया है।
 - 6) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं की है, वह नहीं था क्योंकि यह सहायता किसी अन्य स्रोत(एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी) से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (unless you wish)

- f) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 donors 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 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.

- [illegible]

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION _____

अनुसूचित जाति के छात्रों को छात्रवृत्ति का निशान

मिठाई

AGREEMENT by HOSPITAL: (PRINT OR TYPE)

By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Principal) 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 especially 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.

इसके अतिरिक्त, ब्रह्मचारी को भोजन से बचना चाहिए जो "कीटिल" (आम्रबेल) से तैयार किया गया हो।

- 1) यह कि न तो भारतीय और न ही अखिल में किसी महापुरुष किसी भी प्रकार की संस्था या किसी अन्य इकाई से जमा योगदानों में कोई बाधा हो रही है, की कि इनके "केंद्रीय कार्यालय" से विदेशीकरणकारी जमा के कारण से "केंद्रीय कार्यालय" का गठन हो रहा है। यह "केंद्रीय कार्यालय" इस कारण कि अधिकारों का हटाना नहीं किया जा रहा है कि जमा किसी अन्य भी प्रकार की संस्था या किसी अन्य संस्था से एकत्रित होने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में जमा करना बाधा है कि अखिल किंग्स का जमा योगदानों को हटाना कि प्रकार की किसी अन्य संस्था से नहीं संभव है।

2. "कोविड सार्वभौमिकता" से की गई व्याख्या केवल विधिगत प्रकृति की है। ऐसी या दमस्तक इस की गई व्याख्या का विवेक से उपयोग के लिए नहीं किया जा सकता है। इसीलिए इसका उपयोग के लिए की जा सकती है। इसका उपयोग के लिए की जा सकती है। इसका उपयोग के लिए की जा सकती है।

Dr. Dharm Singh

MS (OPHTHAL)
Reg. No.-028084

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
 डॉ. राजा राम न इत्यादि न.दि. २.

C MASSEY
Administrato

Dr. Shroffs Eye Hospital, Alwal

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

प्रा. प्र. पाठ्यक्रम अनुसार अध्यापक अध्यापिका

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION 内部使用専用印

SIGNATURE of TRUSTEE 1

Exchanged

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नाम: _____

John