

C18/12/02/19

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्राप्ति

Healthcare
(स्वास्थ्य सेवाएँ)

APPLICATION No.:
संकेत संख्या :

A/1212/0659

APPLICATION DATE: 26/12/18
आवेदन तिथि

Koshika
Foundation
Building Block of Life.

NAME of APPLICANT: Vajira Khan
आवेदक का नाम

AGE-YEARS वय-वर्ष
62 M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Himmrat Khan
पिता/स्त्री का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: बाजार अवासीय पाल
Village - गांव - Tel. - T. 3072,

Colt - गांव - Koshika

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: बाजार अवासीय पाल

as above



Pin No.
0659

Post of:
Vajira
Khan

OCCUPATION: Labourer
अवस्था

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (विवाहित नहीं)

TOTAL ANNUAL INCOME: ₹ 00,000
बाजार अवासीय पाल

(Attach Proof of Income)
(आवेदक का साध्य संलग्न) (N.P.)

PAN No. आवेदक का संख्या : 10000

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
मानव वापर का छाता है (जो सर्व की उमा पर सरी का नियम साहचर्य)

Yes / No
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. उमा संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1	Sahid Khan	50	M	Son
2	Mohini	35	M	Son
3	Rahab	32	M	Son
4	Rashad	30	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
मानव वापर के लिए विभिन्न साधारण

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रोपा के लिए प्राप्ति राह (आवेदक का साथ साझा करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) मानव वापर के लिए प्राप्ति राह (आवेदक का साथ साझा करें)	Ration Card (Attach Copy) राशन कार्ड (आवेदक का साथ साझा करें)	Any Other Basis/Proof आवेदक के साथ साझा

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु दिये गए विभिन्न का उद्देश्य:

Sr. No. उमा संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/दैविक से लाई की गई और भौतिक रूपी संभाल		
1	Diagnosis	-	R.E - F.P LT - D.MSC
2	Surgery	-	I.C - SIC + IOL

ASSISTANCE BEING AWARED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य मानव वापर विभिन्न आवेदक से लिया गया है?

Sr. No. उमा संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARED जीव नई मानव वापर राहीं
1.	SCMH	

DECLARATION by APPLICANT: मेरी इस संक्षिप्त पर्याप्त है।

- 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 available 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 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 अपना चाहता हूँ कि इस चाहत में विस्तृत विवरण देने का लाभ नहीं दर्शाता है। यही कार्य विवरण दूर करने का लाभ नहीं है।
- 5) मैं इसमें कहा हूँ कि "कोशिका प्राप्तिकरण", यही चीज़ है, जो आपको आपने देने की उम्मीद के बिना बनाया, जो इस प्राप्त हो गया है।
- 6) मैं उपर चाहता हूँ कि विवरण दूर करने की चीज़ है, जो आपको आपने देने की उम्मीद के बिना बनाया है और यही चीज़ है जो दूर करना चाहता है।

AGREEMENT by APPLICANT: (नीचे का चाहत)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/ publish/replicate/ re-produce 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 under/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.
- 3) इस चाहत पर अपने चाहत का अनुदान की जगह आपका, मैं (अपरेंट) अपनी जापानी छोटे बच्चे के लिए "कोशिका प्राप्तिकरण" की अपील चाहत हूँ कि यही चाहत आप, आपकी छोटी बहनी के लिए विवरण दूर करने के बिना बनाया है, जो "कोशिका" एवं नामी, नाम, आपका यही उपरोक्त देखभाव नहीं दर्शाता है। यह आप विवरण में चाहत की जगह आपको आपने देने की उम्मीद के बिना बनाया है। यह आप विवरण में चाहत की जगह आपको आपने देने की उम्मीद के बिना बनाया है।
- 4) मैं (अपरेंट) इस चाहत के लिए आप, आपकी छोटी बहनी के लिए "कोशिका प्राप्तिकरण" की अपील आपको आपने देने की जगह आपको आपने देने की उम्मीद के बिना बनाया है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:
कालांतर के बाहर पर अपनी पाँव की विवरण

L-77
Wajid Khan

AGREEMENT by HOSPITAL: (उपरोक्त चाहत)

- By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this claim/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (hereinafter) 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 arrangements 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 अधिकार, इसलिए मैं अपने देने की जगह आपको "कोशिका प्राप्तिकरण" की अपील चाहत हूँ कि विवरण की जगह है, यही इस (आपका) विवरण के बदले नहीं की जाएगी।
 - 1) यह यह चाहत ही न हो भी भवित्व में होने वाला विवरण है, जो आपकी जीवन में विवरण की जगह आपको देने की उम्मीद है, यही यह आप "कोशिका प्राप्तिकरण" के विवरण/विवरणी के बदले नहीं की जगह है। यह "कोशिका प्राप्तिकरण" इस विवरण के बदले नहीं की जगह है, जो आपको आपने देने की उम्मीद के बिना बनाया है। यह आपको आपने देने की उम्मीद के बिना बनाया है। यह आपको आपने देने की उम्मीद के बिना बनाया है।
 - 2) "कोशिका प्राप्तिकरण" के लिए यह आपका बेसिन विवरण दर्शाता है। यही यह आपका बेसिन विवरण दर्शाता है। यह आपको आपने देने की उम्मीद के बिना बनाया है। यह आपको आपने देने की उम्मीद के बिना बनाया है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE:

Dr. Shroff's Eye Hospital, Alwar

MASSEY

Administrator

Dr. Shroff's Eye Hospital, Alwar
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
नाम व उपाधि विवरण अधिकारी

Date of Surgery
बीमारी की तिथि
23/06/19

MS (OPHTHALM)

Reg. No.-028084

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
दास्तावची वाली नाम व रजिस्ट्रेशन नं. है।

FOR INTERNAL USE of KOSHIIKA FOUNDATION

अन्तर्भूक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामी उपायक 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामी उपायक 2