

C18/12/0228

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
महायता हेतु आवेदन प्राप्ति

(Healthcare)
(स्वास्थ्य रोगपति)

APPLICATION NO.:
रजिस्ट्रेशन नंबर : A12180663

APPLICATION DATE: 26/12/18
रजिस्ट्रेशन तिथि

NAME OF APPLICANT:
आवेदक का नाम : Sridevi

AGE-YEARS वय-वर्ष : 42 SEX लिंग : M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:
परिवार का नाम : Singh

Koshika
foundation
Building block of life



PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वासिता आवासीय पता
Village - Dighatkot Teh. - Tilaria

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: निर्धारित आवासीय पता
Dist. - Alwar, Dist. - Alwar
as above

Phone No. 0663 Postcode 321202
Lindsay

OCCUPATION: अपना जैविक जीवन

TOTAL ANNUAL INCOME: 70000 रुपये का सालाना आय

MARRIED (मिहिद) / UNMARRIED (मिहिद)

(Attach Proof of Income)
(आय का स्वाद्य संपर्क) N/A

PAN No. समाइच्छा संख्या N/A

YOU ARE AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप जन कर दरक नहीं है (जो जन की जमीन पर जीवन जगते हैं)

Yes / जी /
No / नहीं /

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. इन संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1	Ashutum	40	M	Son
2	Rakesh	35	M	Son
3	Jatinam	32	M	Son
4	Sunita	30	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए चिह्नित करें

BPL Card (Attach Card Copy) जीवनी रोज़ के लिए जमान पत्र (जमान पत्र की जाव जीवन की)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) जाव जीवन की जमान पत्र (जमान पत्र की जाव जीवन की)	Ration Card (Attach Copy) जनरोज़ कार्ड (जमान पत्र की जाव जीवन की)	Any Other Basis/Proof अन्य कार्ड का साथ

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु लिये गये दिवानी का उद्देश्य:
Medical Reports/Prescriptions Attached
अस्पताल/डॉक्टर से जाव की गई डिवानी सूची संलग्न

RF - RP

LF - TMSC

7. Surgery - 11 - SEC 3 + 10 L

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता दियी जानी चाही तो लिखें गए हो?

Sr. No. इन संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जीवन सहायता गए
1	SCEN	

DECLARATION by APPLICANT: ଅପ୍ଲିକେସନ୍ ଦ୍ୱାରା ମୁଣ୍ଡାଳେ କରାଯାଇଥାଏ

- 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 I am liable for rejection/cancellation.
 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Kashika 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.

1) मैं पूर्णपात्र हूँ कि इस फॉर्म में दी गयी सभी जानकारी वास्तविक तर्थ पर्याप्त है। अगर, कोई विषय ऐसा चलता है जो दी गयी जानकारी विषय को बदलता है।
 2) मैं इस वाले पालनपालने के "विभिन्न उद्देश्य", से कोई व्युत्पत्ति नहीं। प्राप्ति प्राप्ति की वजह से कोई व्युत्पत्ति के लिए किये जाने वाले, ये इस फॉर्म में दिये गए नहीं हैं।
 3) मैं पूर्णपात्र हूँ कि दी गयी जानकारी इस फॉर्म की वजह से, जब यहाँ का आविष्कार एवं प्राप्ति विषय के लिए किया जाएगा, तो इसकी वास्तविकता नहीं बदलनी है।

AGREEMENT by APPLICANT (check the box)

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

154

AGREEMENT BY HOSPITAL (Leave blank)

By affixing his/hersignature, our Authorised Signatory for recommending this case patient for financial assistance from Koshita Foundation, we
(Hospital) hereby attest & assure following:

- 1) that we neither 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 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.

परों अतः, यापनी की ओर से यापनीको की "स्टोरिंग प्रावेन्चर" से लिया गया हुए वित्तीय भव जी है, जिसे हम (दाता) हम उठाने के बावजूद रखते हैं।

1) यह कि हम दो वर्षों तक हम दो भवित्व में लिया गया हुए वित्तीय भव जी के लिए उपलब्धता वे ही रोटे रहे हैं, ऐसे कि हमी "स्टोरिंग प्रावेन्चर" से लिया गया हुए वित्तीय भव जी द्वारा में "स्टोरिंग प्रावेन्चर" द्वारा दोष हुए कि है। यदि "स्टोरिंग प्रावेन्चर" द्वारा गंभीर विनाशी घटना होती रहती तो यह वित्तीय भव जापान से लापता होता यह अविकार दुर्घाता होता है। यह दोष हम दाता का भव है कि ज्ञान विनाश एवं उसका उपचारण हुए वित्तीय भव जापान से नहीं लोपनीशक्ती।

2- "स्टोरिंग प्रावेन्चर" से ही हम जापान भेजा लिया जाता है तो हम द्वारा यह विद्युत का भुक्त होती है इस दाता का वित्त है जो "स्टोरिंग प्रावेन्चर" द्वारा दियी जाती रहती यह विद्युत नहीं है। यह विद्युत इन्हाँमात्र में ही हम द्वारा दुर्घाता है। यह विद्युत जो विद्युत द्वारा दुर्घाता है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

MASSEY

Date of Surgery बीमारी की तिथि <i>23/12/15</i>	MS (OPHTHAL) Reg. No -028084 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) दृष्टि का चलन व इंसुलिन व यॉग. द.	L. MASSEY Administrator Dr. Shrefts Eye Hospital, Alwar (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) काम के लिए उपयोग करने वाली स्थापत्य
--	---	---

FOR INTERNAL USE OF KOSHUKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1
गुरु रामदास

SIGNATURE OF TRUSTEE 2
नाना देवी १

Experiments

卷之三