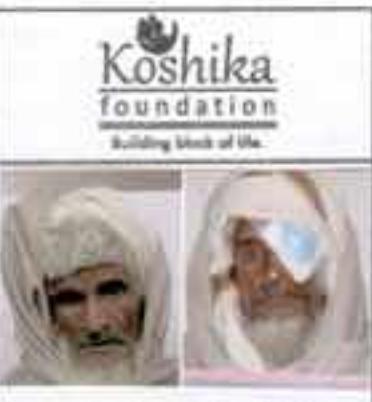


C181210245

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
सहायता देने आवंदन प्राप्ति

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.: आवंदन संख्या:	A 1218 0671	APPLICATION DATE: 27/12/18 आवंदन तिथि
NAME of APPLICANT: आवंदन का नाम:	Juhuwan Khan	AGE-YEARS वय-वर्ष 66
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पितृ/स्त्री का नाम:	Ismail Patel	SEX लिंग M
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान स्थानोंका पता Village - गांव - Titaria, Taluk - तालुक - Khangarh,		
DIST. - ज़िला - Ratnagiri		Pin code - पोस्ट ऑफिस कोड - 415401
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: रास्ता बासानीका पता as above		



Proc. No.: 0671  
Date: 27/12/18  
Name: Juhuwan Khan

OCCUPATION: अवस्था	Farmer	MARRIED (प्रधित) / UNMARRIED (अधित)																				
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक वय	60000/-	(Attach Proof of Income) (वय का साथ संहार)																				
PAN No. एचएस वाया संख्या	A2A																					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE? (Tick whichever is applicable): क्या आप अव फर याद है (जो सब को उप पर मही का विवर देते)																						
<p align="center">Yes / No हाँ / नहीं</p> <b>FAMILY DETAILS: परिवार विवर</b> <table border="1"> <tr> <th>Sr. No. क्रम संख्या</th> <th>Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम</th> <th>Age (Years) वय (वर्ष)</th> <th>Gender लिंग</th> <th>Relation with Applicant आवंदक के साथ सम्बन्ध</th> </tr> <tr> <td>1.</td> <td>Islam</td> <td>30</td> <td>M</td> <td>Son</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Yakat</td> <td>28</td> <td>M</td> <td>Son</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Yassat</td> <td>25</td> <td>M</td> <td>Son</td> </tr> </table>			Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवंदक के साथ सम्बन्ध	1.	Islam	30	M	Son	2.	Yakat	28	M	Son	3.	Yassat	25	M	Son
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवंदक के साथ सम्बन्ध																		
1.	Islam	30	M	Son																		
2.	Yakat	28	M	Son																		
3.	Yassat	25	M	Son																		

**BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)**  
माहात्मा के लिए विचारित अधार

BPL Card (Attach Card Copy) गर्भवती और की जीवन वाले (उपलब्ध वाले की जीव वाले की संख्या कहे)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) जीव वाले वाले उपलब्ध वाले (उपलब्ध वाले की जीव वाले संख्या कहे)	Ration Card (Attach Copy) उपलब्ध वाले (उपलब्ध वाले की जीव वाले संख्या कहे)	Any Other Basis/Proof जीव की साथ
------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:**  
माहात्मा हीने लिए गए विचारों का वर्णन:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/दॉक्टर से लाए की गई डॉक्टर द्वारा दिए गए		
1.	Diagnosis	-	PC - PP
			LI - IMSC
2.	Surgery	-	LG - STCS + TOL

**ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES**  
इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता दियी गयी अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALIED जीव सहायता कीमत
1.	SCM	

**DECLARATION by APPLICANT:** (अप्लिकेशन द्वारा)

- 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 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 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 घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिए गए सभी जिताये गए जानकारी के बारे में जानकारी ही है। यदि घोषणा द्वारा कहा गया था कि मैं इसे क्या करता हूँ तो मैं उसी करता हूँ।
  - 2) मैं इसे जानकारी के लिए उपयोग करता हूँ, जो जीवन में मेरी सेवा की लिये जाना चाहिए, यदि इस फॉर्म में यह भी है।
  - 3) मैं पूरी तरह हूँ कि इस फॉर्म का उपयोग करने की वजह से मेरी जानकारी का अधिकारी बनने से वह जितना है वही न हो जाएगा।

**AGREEMENT by APPLICANT:** (अप्लिकेशन द्वारा)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to utilise/ publish/replicate 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.
- 3) मैं इसे अपने इमेज या अपनी जीवन में उपयोग करता हूँ कि "कोशिका यात्रार्थकार्यक्रम का अधिकारी" की घोषणा करता हूँ कि मैं यह जीवन, जीवन की लियायी वजह से खोला दिया गया है, यदि "कोशिका" एवं जीवन, जीवन, यात्रा यात्रार्थक्रम के द्वारा दिया गया है और उसका लिया जाना चाहिए। यदि इसे अपने लियायी वजह से खोला दिया गया है, तो उसे अपने लियायी वजह से खोला दिया गया है। यदि इसे अपने लियायी वजह से खोला दिया गया है, तो उसे अपने लियायी वजह से खोला दिया गया है।
- 4) मैं (अप्लिकेशन) इस फॉर्म में जानकारी द्वारा योग्य नहीं हूँ, यदि उसके लियायी वजह से खोला दिया गया है। यदि इस फॉर्म में जानकारी द्वारा योग्य नहीं हूँ, तो उसे अपने लियायी वजह से खोला दिया गया है।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:**

अप्लिकेशन के लियायी वजह से खोला दिया गया है।

Mr. Lala  
Dharm Singh

**AGREEMENT by HOSPITAL:** (हॉस्पिटल द्वारा)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital), firmly 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/concluded 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 this regard.
- 3) यदि कोशिका, यात्रार्थक्रम की ओर से घोषित की गई "कोशिका यात्रार्थक्रम" से खोला दिया गया है, तो उसे इस (हॉस्पिटल) द्वारा उपलब्ध की जानी चाहिए।
- 4) यदि यह फॉर्म की जानकारी नहीं या यह जीवन की लियायी वजह से खोला दिया गया है, तो उसे अपने लियायी वजह से खोला दिया गया है। यदि "कोशिका यात्रार्थक्रम" द्वारा यात्रा की जानकारी द्वारा योग्य नहीं है, तो उसे अपने लियायी वजह से खोला दिया गया है। यदि यह फॉर्म की जानकारी नहीं है, तो उसे अपने लियायी वजह से खोला दिया गया है।
- 5) "कोशिका यात्रार्थक्रम" से योग्य नहीं होने वाली जीवन की लियायी वजह से खोला दिया गया है। यदि यह फॉर्म की जानकारी नहीं है, तो उसे अपने लियायी वजह से खोला दिया गया है।
- 6) "कोशिका यात्रार्थक्रम" से योग्य नहीं होने वाली जीवन की लियायी वजह से खोला दिया गया है। यदि यह फॉर्म की जानकारी नहीं है, तो उसे अपने लियायी वजह से खोला दिया गया है।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE:**  
**Dr. Dharm Singh** द्वारा दिया गया है।

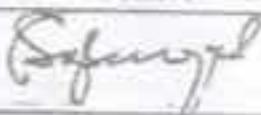
L. MASSEY

Administrator  
Dr. Shroffs Eye Hospital  
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory  
on behalf of Hospital)  
प्रमाणित द्वारा दिया गया है।

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्राष्ट्रीय उपयोग के लिये

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
नाम स्तम्भ 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2  
नाम स्तम्भ 2

