

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता देते आयोग प्रक्रिया

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation
Building block of life

APPLICATION NO.: **K1121812037**

APPLICATION DATE:
अप्पर तिथि: **17/12/18**

NAME OF APPLICANT:
नाम वा निधि: **AJOY KHANARU**

AGE-YEARS वयः-वर्ष: **62** SEX लिंग: **M**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:
पितृ/स्त्री का नाम: **AMULYA KHANARU**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान स्थानांक: **NETRA, SOUTH 24 PARGHAR, JHARKHAND, CHHATTISGARH**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: अस्ति अवासीन स्थान: **— DR AHOVE —**

OCCUPATION:
पेशी: **FARMER**

MARRIED (विवेहित) / UNMARRIED (विवेहित नहीं)

TOTAL ANNUAL INCOME: वार्षिक कमाई: **Rs. 16,000/- = 19,200/-**

(Attach Proof of Income)
(अस्ति का साक्षण प्रमाण)

PAN NO.: TAZF 1000 0000

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE? (Tick whichever is applicable):
क्या आप जर्नल का वासी है? (जो जर्नल की उम्मीद का विवरण लाता)

Yes / No
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS घरीबी विवरण

Sl. No. क्रम संख्या	Name of Family Member घरीबी के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant अप्पर के साथ जाग्रत्त
1.	JOY KHANARU	62	M	SPOUSE
2.	OSHA KHANARU	55	F	WIFE
3.	PRINIT KHANARU	33	M	SON
4.	URHILA KHANARU	20	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
जारीका के लिए किसी का अधिकार:

SPL Card (Attach Card/Copy) एसपीएल के लिए उपलब्ध पर (उपलब्ध पर की जाय वही संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एसवीएस कर्ड उपलब्ध पर (उपलब्ध पर की जाय वही संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) राशन कर्ड (उपलब्ध पर की जाय वही संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्षण
---	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE
जारीका हेतु लिये गए किसी का उद्देश्य:

Sl. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/दौकान से जारी की गई अधिकारी सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2.	SURGERY - RP (SICSTINIC)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य स्रोत से किसी भी सहायता नहीं मिल रही है?

Sl. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सहायता की मात्रा

DECLARATION by APPLICANT: निचे द्वारा लिखा गया 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 any, 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 पूरा बता द्वारा दिये गए सभी जानकारी में सहमति का लिए हूँ। यदि कोई विवर ऐसा कहा जाता है कि मैंने कोई अप्रूवित विवर दिया है।
- (2) मैं इस दस्तावेज़ "कोशिका सहायता", में दिये गए तथा आपका जानकारी की तरफ से उत्पन्न किया गया है, कोई विवर नहीं, कि यह विवर में यह कहा है।
- (3) मैं यह बता द्वारा दिये गए जानकारी को यही है, कि मैंने कोई अप्रूवित विवर दिया है जो कोशिका सहायता के लिए दिया गया है।

AGREEMENT by APPLICANT: (निचे द्वारा लिखा गया है)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 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 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) मैं यह दस्तावेज़ को दिया द्वारा दिये गए जानकारी को यही बता द्वारा दिया गया है कि "कोशिका सहायता" को कोशिका सहायता द्वारा, जिसकी द्वारा दिया गया है, को "कोशिका" दस्तावेज़, नाम, ठाना, विवरण युक्त ग्रहण के तुली नीतियों की समर्पणात्मक द्वारा दिया गया है। मैं इस दस्तावेज़ में इसके बाहर के बाहर दिया गया है। यह दस्तावेज़ में इसके बाहर के बाहर दिया गया है।
- 2) मैं (Applicant) इस दस्तावेज़ को दिया द्वारा दिये गए नाम, ठाना, जिसकी द्वारा दिया गया है जो कोशिका सहायता द्वारा दिया गया है। "कोशिका" दस्तावेज़ को दिया द्वारा दिया गया है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

दस्तावेज़ को दिया द्वारा दिया गया है।

Ajay Khansari

AGREEMENT by HOSPITAL: (निचे द्वारा लिखा गया है)

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/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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- यह अधिकारी द्वारा दिया गया दस्तावेज़ में दिया गया है। यह दस्तावेज़ में दिया गया है। यह दस्तावेज़ में दिया गया है।
- 1) यह दस्तावेज़ में दिया गया है। यह दस्तावेज़ में दिया गया है।
 - 2) "कोशिका सहायता" में दिया गया है। यह दस्तावेज़ में दिया गया है।
 - 3) "कोशिका सहायता" में दिया गया है। यह दस्तावेज़ में दिया गया है। यह दस्तावेज़ में दिया गया है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
संचयन के लिए संकेतिक

Date of Surgery अंगों की जांच 18/12/18	Dr. A. Khan, F.R.C.S. M.B.B.S., M.D. (Eye) Reg. No. 3125 (Name of Dr. & Regn. No. & Sign Stamp) आपका नाम व डिप्लोमा नं. 3125 है।	<i>[Signature]</i> Shrikant Banikar Bagchi (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital - Koshika Research Centre पर यह दस्तावेज़ को दिया गया है।)
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHICA FOUNDATION निचे द्वारा लिखा गया है।

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नाम और श्रृंखला 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नाम और श्रृंखला 2
<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>