

C18/12/0261

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika foundation Building Block of life.		
APPLICATION No.: आवेदन संख्या: A/0119/0675		APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: 31/12/18		
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम: Amar chand kali		AGE-YEARS वय-वर्ष: 66	SEX लिंग: M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/हस्ताक्षर का नाम: Jagannath Koli				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवासीय पता Vill. - Baramawas Changan, Teh-Thangar		  Pre op. 0675 Post op. Amar Chand Kali		
Dist. - Alwar, Rajasthan				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवासीय पता as above				
OCCUPATION: व्यवसाय: Labourer	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय: 65000	(Attach Proof of Income) (आय का सबूत संलग्न): NA			
PAN No. स्थायी खाता संख्या: NA				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर चुकाते हैं? (जो मान्य हो उस पर चिह्न का निशान लगाएं): Yes (हाँ) / No (नहीं) ☒ No				
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 सम्बन्ध
(i)	Ganesh	30	M	Son
(ii)	Rajiv	35	M	Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विधि आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) सटीवी रेशन के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत	
PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु दिखे गये विज्ज्ञापन का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई इलाज/प्रेस्क्रिप्शन			
1	Diagnosis - Rhe - PP Rhe - IMSC			
2	Surgery - L/E - SICCS + TOL			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिए गया है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कौी गई सहायता धरती	
1	SCCH			

DECLARATION by APPLICANT: **अर्जित हा मीवत आहे**

- 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई भ्रमण एवं कथन आशय भ्रम्य बात है तो मेरी स्थापना निरस्त भी हो सकती है।
- 2) मैं द्वारा जो सहायता पाई "कोशिका फाउन्डेशन", से रही या रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में माग गया है।
- 3) मैं यह करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस प्राप्ति का अधिक या कमाल किसी अन्य स्रोत/निरोधक/बीमा कम्पनी से न हो लिये है और न ही भविष्य में लीता।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्जित्व द्युक्तः)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise 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 donations 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठी की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी संपत्ति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और कोई विवरण इस प्रश्न में बोलिया है, उसे "कोशिका" एजन्स्य, पत्र, मासिक पत्र दूसरे इंटरनेट से जुड़ी एक्टिविटीयों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मैं प्रश्न का विवरण में हस्ताक्षर की छाप या चक्र में करने से इंकार "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे सहायता प्राप्त करने का अधिकार नहीं प्रदान। इस संबंध में "कोशिका" एजन्स्य उसका न्यासीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आपरेक के इन्साफर या अंगरे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (एग्रीमेंट होस्पिटल)

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.

हमारे अधिकांश छात्राधारी भी और से मायले/लेगी को "सोशियल गजटर्नमेंशन" से बिलिग सहजता हीन सिखाएंगे भी जाते हैं। बिसे हा (इम्प्लैन्ट) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो कॉलेज और न ही कॉलेज में विविध छात्रावास किसी नैऋत्यकारी संस्था या किसी अन्य व्यक्ति से बनायी गयी/माला में लगे या ले जाये है, बल्कि कि इनके "कॉलेज काउन्सिल" से विचारित/निर्णित बना के सम्मर्थ में "कॉलेज काउन्सिल" द्वारा मरर हेतु कि है। यदि "कॉलेज काउन्सिल" द्वारा छात्रावास निर्मित अधिकतम/अल्पतम हेतु मन्तु नहीं किम बात है तो अल्पतम किसी अन्य नैऋत्यकारी संस्था या किसी अन्य सम्मर्थन से छात्रावास लेने का अधिकार सुरक्षित रखा है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा गया है कि अल्पतम द्वितीय मरर बना लैयी/माला हेतु किसी नैऋत्यकारी संस्था या किसी अन्य सम्मर्थन से नहीं होना/लेनी।
2. "कॉलेज काउन्सिल" से ली गई छात्रावास कौशल विविध प्रकृति की है। ऐसी या इसमाला द्वारा दी गई छात्रावास किने गये उपका/प्रतिभा का सुपुन लैयी एवं इसमाला के बीच का विषय है और "कॉलेज काउन्सिल" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायव नहीं है। इसलिये इसमाला में ऐसी के इतना सुझा और जाने जाने की सारी विनैयरी ऐसी एवं इसमाला की होगी और "कॉलेज" की कोई सुनिश्च या विनैयरी इस माला में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति



MASSEY

Administrator

Dr. Shroffs Eye Hospital, Alwar
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
नमः नमः इत्येतत् अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

Dr. Dharm Singh
MS (OPHTHALM)
(Name of Dr. & Reg. No. with Stamp)
Reg. No. 028034

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
 न्यासी इन्द्रधर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायी हस्ताक्षर 2

Exempel

Sc 28