

C18/12/0262

C18/12/0262

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :

A/0119/0676

APPLICATION DATE :

31/12/18

आवेदन संख्या :

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT :

Prabhu Nayal

आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष

67

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

Taj Ram

पिता/कटुम्ब का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता

vill. - Prithvipura, Teh. - Malakhara

Dist. - Alwar, Rajasthan

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवास पता

as above

Pre OP.
0676Post OP.
Prabhu
Nayal

OCCUPATION :

Labourer

व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

700000

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

NA

PAN No. स्थायी खाता संख्या

NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर दाता हैं (जो खाने हो उस पर सही का निशान लगाएं)

Yes / No

हाँ / नहीं

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
(1)	Jaimal	29	m	Son
(2)	Phoolwati	33	f	daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रैखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु दिने गये विवरण का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिलिपि सूची संलग्न
1	Diagnosis - ALU - IMSC ILU - IMSC
2	Surgery - ALU - SICS + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लीया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED इस सहायता का राशि
1	SCCH	

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.

- AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कबूल)

- 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) इस प्रश्न पर अपने उत्तराधिकार को धारण करने वाले (अर्थात्) अपनी उत्तराधिकारी को सूचित करना है एवं "कोशिका पराईकरण और उसके व्यतीर्ष" को अभिवृत्त करना है कि यह प्रश्न पत्र, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रस्तुत है, जो "कोशिका" एवम् न्यायिक, राज, कानून/या दूसरे उद्देश्य से कुछी सीधियों/धियों और कलामिधियों के लिये किसी भी प्रकार सम्मान से प्रस्तुत करने के लिए अभिवृत्त है। जो प्रश्न का विवरण में उत्तर के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका पराईकरण" में न्यायिक अभिवृत्त है।
- 2) मैं (अर्थात्) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि उत्तराधिकार के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे उत्तराधिकार का अधिकार नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवम् उसके न्यायिक या विधेय अभिवृत्त और सम्मानकारी होता।

अपेक्षक से हमलावर या अंगुठे का निशान

 Gr. thumb

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा स्वीकृति)

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 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.

इसके अतिरिक्त, इराक़ी की ओर से गामले/देवी को "कोलित फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु निष्काशित की जाती है, जिसे हम (इराक़ी) दिन-प्र-दिन से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो कार्यक्रम और न ही अधिवेशन में विभिन्न राज्यों की किसी एक सरकारों संस्था या किसी अन्य संस्था से उपाय लेने/पाने में कोई बाधा है, जैसे कि अपने "कोलिका फाउन्डेशन" से शिकरिश/विभिन्न संस्था के सम्बन्ध में "कोलिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद देना कि है। यदि "कोलिका फाउन्डेशन" द्वारा राज्याध्यक्ष विभिन्न मण्डल/संस्था से मदद नहीं किया जाता है तो सम्बन्धित किसी अन्य भी सरकारों संस्था या किसी अन्य सम्बन्धित से राज्याध्यक्ष लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सम्बन्धित द्वितीय मदद उपाय लेने/पाने से किसी भी सरकारों संस्था या किसी अन्य सम्बन्धित से नहीं लेना/लेने।
2. "कोलिका फाउन्डेशन" से लेने या राज्याध्यक्ष केवल विभिन्न प्रवृत्ति को है। ऐसे पर सम्बन्धित द्वारा ही यह राज्याध्यक्ष या किसी भी उपराज्य/प्रदेश का मुख्य लेने एवं सम्बन्धित के बीच का विषय है और "कोलिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए सम्बन्धित में लेने के इरादा मुख्य और अन्य जाने की सारी जिम्मेदारी लेने एवं सम्बन्धित को होगी और "कोलिका" को कोई सुविधा या जिम्मेदारी इस सन्धियों में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

MASSEY
Administrator

Dr. Shroff's Eye Hospital, Alwar
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
आयुष्य चक्षुः इलाहाबाद अस्पताल अफिफादी

सदर में पूरा इस्तेमाल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION जनार्दन ग्रंथालय ईद

SIGNATURE of TRUSTEE 1

 NAME: _____

SIGNATURE of TRUSTEE 2

 नामी हस्ताक्षर 2

Erklärung

Sc 2B