

C18/12/025-

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building Block of Life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

A/0119/0679

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

11/1/19

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Kallu Ram

AGE-YEARS उम्र-वर्ष

49

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कन्या का नाम

North

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता

vill. —

Khar Kharkhara, Teh. Malakhara

Dist. —

Alwar Rajasthan

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवास पता

as above

Psd of
0679Post of
Kallu
Ram

OCCUPATION :

व्यवसाय

Labourer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

70,000

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. स्थायी खाता संख्या

NP

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

क्या आप आय कर दाखल हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

Yes (हाँ)

No (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
(I)	Ramcham	30	M	Son
(II)	Avtar	18	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के पीछे 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	Diagnosis Rx - IMSC Rx - IMSC
	Surgery Rx - SICS + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली जा चुकी है?

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

DECLARATION by APPLICANT: उम्मेदवार द्वारा घोषणा पत्र:

- 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 यहाँ पर कह रहा हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाय तो मेरी सहायता प्राप्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, इसका उपयोग उन्ही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रारूप भरा जा रहा है, उस पर किसी भी और किसी भी सहायता प्राप्त करने के लिये मैं किसी भी और किसी भी सहायता प्राप्त करने के लिये नहीं करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (ਸਹਿਤਕ ਪ੍ਰਤਿ ਭਰਨਾ)

- 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी जानकारी की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भ्रातृवर्ग" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में धीरे-धीरे है, उसे "कोशिका" परम्परा, धर्म, धार्मिक दूरदर्शन के जुड़ी गतिविधियों और उपस्थितियों के सिने सिने के प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के सहित या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व भ्रातृवर्ग अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है, पहले स्थान: सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" परम्परा उसके भ्रातृवर्ग का निर्णय अंतिम और अप्रत्यक्ष होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक को हस्ताक्षर या अंगूठी का स्थान

 Lt thumb

AGREEMENT by HOSPITAL (EVENT 20 4600)

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.

हमारे अधिकतर छात्रावली की ओर से सम्पलेली की "बोसिका परामर्श" से विनियम सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (इसका) विनियमन से सहायता व भीतर करते हैं।

- 1) यह कि न तो संविधान और न ही अधिकांश विधायक सहायक विधायी और सावधानी से कार्य करने के लिए तैयार हैं, बल्कि वे अपने अधिकारों का उपयोग करने के लिए तैयार हैं।
2) यह कि न तो संविधान और न ही अधिकांश विधायक सहायक विधायी और सावधानी से कार्य करने के लिए तैयार हैं, बल्कि वे अपने अधिकारों का उपयोग करने के लिए तैयार हैं।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

L. NASSEY

Administrator

Dr. Shreefa Eye Hospital, Alwer

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

‘सुखं यः पदं हृन्मन्त्रालं अधिकृतं अधिकृतौ’

Date of Surgery
ऑपरेशन का तारीख

अपेक्षाओं को तय रखें

Dr. Dharti Singh
MS (OPHTHAL)

MS (OPHTHAL)

Reg. No. 0288

आपका नाम क्या है ?

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर ।

Exempel

SIGNATURE of TRUSTEE 2

ज्यामी इन्साब २

12/2/8