

C18/05/0086

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika KOSHIKAPUR	
APPLICATION No.: A/0518/0082 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 07/05/18 आवेदन तिथि			
NAME of APPLICANT: Jhanshyam आवेदक का नाम		AGE-YEARS: 60 वयु-वर्ष	SEX: M लिंग		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Badri Prasad पिता/कन्या का नाम					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता Village - Rampur, Teh. - Panchu, Dist. - Alwar, Rajasthan PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता as above					
OCCUPATION: Labourer व्यवसाय					
TOTAL ANNUAL INCOME: 65,000 कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) NA (आय पर साक्ष्य संलग्न)			
PAN No. (आय कर का प्रमाण): NA					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं): Yes / No हां / 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	Pappi	65	F	wife	
2	Poonam	25	F	daughter	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विवरी आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विवरी का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रीस्क्रिप्शन सूची संलग्न				
1	Diagnosis — RE-IMSC IE-IMSC				
2	Surgery — RE-SICS+IOL				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गए हैं?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कौन सा सहायता राशि		
1	SCCH		80%		



Bce of Post of.
0082 Jhanshyam

DECLARATION by APPLICANT: ☐ YES ☐ NO ☐ N/A

- 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 cost for which this assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ पर कतार हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण पूरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाए तो मेरी सहायता निम्न की जा सकेगी।
- 2) मैं इससे यहाँ पर कतार हूँ कि "कौशलिक आधारभूत", जो मुझे मिल रहा है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में भरा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कतार हूँ कि इस सहायता हेतु यह प्रत्यक्ष को नहीं है, इस राशि का अधिकतम या अधिकतम हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी में से या किसी भी और न के अधिकतम को नहीं मिलेगा।

AGREEMENT by APPLICANT (signature and date)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-up/republish 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 to Koshika Foundation and/or disseminating information about my activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or continuance 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) अपने सहयोगी को सूचित करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और ट्रस्टीज" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रेषित है, उसे "कोशिका" ग्रन्थ, पत्रिका, दूर, साप्ताहिक द्वारा उद्देश्य से मुझे प्रतिनिधित्व और प्रदर्शनों के लिए किया हो प्रकाशित करने से इस्तीफा करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के बिना या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" में प्रेषित अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि फाउंडेशन को उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वतः सहयोग का हस्ताक्षर को प्रकाशित करने से अधिकृत नहीं करता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION _____

आपरेक को हवालदार या अंगुडे का निवात

အိတ်စ် ဂြိုဟ်၊
ဥပဒေပုံ

AGREEMENT by HOSPITAL (EPHRAIM 2010)

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 given 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.

1) यह कि न तो सरकारी और न ही गैरसरकारी विधिगण सार्वजनिक विधियों और सरकारी संस्थान या किसी अन्य संस्था से उच्च शैक्षिक पाठ्यक्रम में लेने या देने को है, जैसे कि उनमें "बौद्धिक सम्पत्ति" से निपटने/विवादों उच्च में सम्बंध में "बौद्धिक सार्वजनिक" द्वारा मरण हेतु कि है। यदि "बौद्धिक सार्वजनिक" द्वारा सार्वजनिक विधियों/अधिकार/संस्था हेतु वास्तु में कि विधि लेने में से सम्बंध किसी अन्य और सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था/संस्था से सार्वजनिक लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि सम्बंधित विधि लेने उच्च शैक्षिक/संस्था हेतु किसी और सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेने/लेनी।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable)
संस्तुति (स्वीकृत/निस्त का निशान लगाये)

ACCEPTANCE

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

8/1/50/30

Dr. Dharm Singh
MS (OPHTHAL)
No. 028084

Dr. Massey
Adm. Asst. Salor
Dr. Shroffs Eye Hospital, Alwar

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग के

SIGNATURE of TRUSTEE 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

SANCTIONED
सर्जित

REJECTED
समय-वृत्त

नयाँ हस्ताक्षर ।