

11
C12/05/0119

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		Koshika (स्वास्थ्य देखभाल)		
APPLICATION No.: आवेदन संख्या:	A/0518/0090	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि	10/05/18	
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम	Kishan Lal	AGE-YEARS आयु-वर्ष	60	
		SEX लिंग	M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/हस्ताक्षर का नाम	Sugda Ram			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता				
Village - Rampur, Teh. - Binsar,				
Dist. - Alwar, Rajasthan				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता				
As above				
OCCUPATION: व्यवसाय	Farmer			
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय	60,000	(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)	NA	
PAN No. तयारी खाता संख्या	NA			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय करदाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगा दें।)				
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
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विधि आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पर (प्रमाण पर की छाया प्रति संलग्न करें।)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पर (प्रमाण पर की छाया प्रति संलग्न करें।)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पर की छाया प्रति संलग्न करें।)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विच्छेद का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रविष्टि सूची संलग्न			
1.	Diagnosis — RE-PPC TE-PPC			
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 गयी है:				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जो यह सहायता गयी	
1.	SCFH			

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 (signature and name)

- 1) इस दृश्य पर अपने इलाक़ा का अंदाज़ की जाए जा सकता है, मैं (अमेरिका) अपनी शक्ति की सुविधा करता हूँ जब "कोलिका प्रजातीयता और उसके जवाबों" के अभाव में मैंने देखा कि, फोरी और जो बिना इस दृश्य में शामिल है, तो "कोलिका" एकमात्र जगह, रात, पाकघर का दूसरा दर्जन में जुड़े परिवर्तित और अलग-अलग के बिना बिना भी प्रजातीयता से प्रभावित करने के लिए अधिकृत है। मैं इसका बिना में इलाक़ा के पहले के बाद में करने के लिए "कोलिका प्रजातीयता" में जवाब अधिकृत है।
- 2) मैं (अमेरिका) इस बात से सहमत हूँ कि संतान, पाक, फोरी और बिना जो कि मातापिता के दर्जन में से प्रभावित है मुझे सच: मातापिता का इलाक़ा की वजह से मैंने देखा कि "कोलिका" एकमात्र जगह जहाँ का निर्माण और मातापिता होता।

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान

ॐ नमो भगवते वासुदेवाय
 श्रीगणेशाय नमः
 श्रीगुरुभ्यो नमः

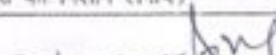
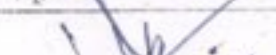
AGREEMENT by HOSPITAL (병원 동의서)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation (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. The above 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 any 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 अधीनस्थ, हमलाहरी की ओर से भण्डारखोली को "कोरिफा फाइंडेशन" से मिलियन सहायता हेतु निवेदन की गयी है, जिसे हम (हमलाहरी) निम्न प्रकार से प्राप्त व प्रसारित करते हैं।

- [illegible]

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संस्तुति (स्वीकृत/निस्त का निश्चान लगाये)		ACCEPTANCE मंजूरा	REJECTION निराकरण
Date of Surgery ऑपरेशन का तारीख 11/05/18	 Dr. Dharm Singh (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डा. धर्म सिंह का नाम व प्रमाण पत्र नं. 10034	 Dr. Shroff (Name, Designation & Stamp of Hospital) Dr. Shroff Eye Hospital, Alwar	

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग के लिए

 SANCTIONED संमती	REJECTED अस्वीकृत	SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामो हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामो हस्ताक्षर 2 