

C18/05/0234

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika

APPLICATION No. :

A/0518/0124

APPLICATION DATE :

22/05/18

आवेदन संख्या :

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT :

Badri Prasad

AGE-YEARS आयु-वर्ष

60

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

Chote Lal

पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Village - Indok, Teh. - Thanaguri

Dist. - Alwar, Rajasthan

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

as above



Pre OP. Post OP.
0124 Badri Prasad

OCCUPATION :

Farmer

TOTAL ANNUAL INCOME :

75,000

(Attach Proof of Income)

(आप का आय प्रमाण)

NA

PAN No. स्थायी खाता संख्या

NA

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

Yes/No

हाँ/नहीं

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगा दें।)

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 संबंध
01.	शुभाश्रिता	60	m	स्वयं
02.	कुमार	38	m	पुत्र
03.	कालुराम	32	m	पुत्र
04.	मल्लिका	30	f	पुत्रवधु

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये चिह्नी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें।)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें।)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें।)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये चिह्नी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयुर्वेद/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	Diagnosis — RF-IMSC LE-IMSC
2.	Surgery — LE-SICS+JOL

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 गई सहायता 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.

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 said 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, for which this assistance is requested.

- AGREEMENT by APPLICANT (signature and date)

- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठी की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका प्रतिलिपि और उसके न्यायोप" का अंगीकार करता हूँ कि मैं स्वतः, चोरी और जो विषय इस प्रश्न में प्रस्तुत है, उसे "कोशिका" प्रथम न्यायोप, दाय, सत्यता/द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को अपने विचारों या आशयों से प्रभावित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विषय मेरे हस्ताक्षर को पढ़ने का अर्थ मेरे कानों के लिए "कोशिका प्रतिलिपि" या न्यायोप अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात में सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विषय जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" प्रथम उसके न्यायोपों का निर्माण अधिकृत और सत्यकारी होता।

आवेदक को ब्रह्मसूत्र या अंगिरस का निदान

AGREEMENT by HOSPITAL (FBIHQ 210 1000)

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 Hospital's 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.

[illegible]

2. "बौद्धिक 'आन्दोलन'" से तो गई सहायता केवल शक्ति प्रकृति को है। शरीर पर हमला तो हो गई सहायता का शक्ति माने उपलब्धता का प्रमाण देती एवं सम्मान के बीच का शक्ति है और "बौद्धिक 'आन्दोलन'" तो किसी प्रकार का कोई दायता नहीं है। इसलिए हमला तो शरीर को शक्ति प्रमाण और अपने अपने को शरीर शक्ति देती एवं सम्मान के शरीर और "बौद्धिक" को कोई शक्ति या शक्ति देती एवं सम्मान के शरीर देती।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable)	ACCEPTANCE	REJECTION
संस्तुति (स्वीकृत/निरस्त का निश्चान लगाये) * Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 24/05/18 Dr. Dharm Singh MS (OPHTHAL) (Name of Dr. & Regtn. No. with Stamp) Reg. No. 028084	मान्य (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory) MASSEY Administrator Jyoti Eye Hospital, Alwar	अस्वीकृत

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

 SANCTIONED अनुमति	REJECTED अनामद	SIGNATURE of TRUSTEE 1 आमी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 आमी हस्ताक्षर 2 
---	-------------------	--	--