

C18/05/0270

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या:	A/0518/0133	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि	23/05/18
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम	Chhuttan Lal	AGE-YEARS आयु-वर्ष	55
		SEX लिंग	M
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कन्या का नाम	Heeralal		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता			
Kala Kuan, Alwan, Teh - Alwan			
Dist - Alwan, Rajasthan			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता			
as above			
OCCUPATION : व्यवसाय	Labourer		
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय	70,000	(Attach Proof of Income) (आप का 1042 संलग्न करें)	N/A
PAN No. स्थाई खात संख्या	N/A		
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर पत्र हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान 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
01	Chhuttan Lal	55	M
02	Mukesh	25	M
03	Manu	22	F
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये बिली आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे 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) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साधन
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनोद का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अवगत/टीकेट से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न		
01	Diagnosis - R.E - IMSC		
	L.E - TMSC		
02	Surgery - L.E - STCS + TOL		
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुका है:			
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जो गई सहायता राशि	
1	SCEH		



Pre op. Post op.
0133 Chhuttan Lal

DECLARATION by APPLICANT: **आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:**

I hereby confirm that I am liable for rejection/cancellation.

2) I solemnly confirm that assistance, if received from a third party, was not used for the purpose of circumventing the law.

3) I hereby certify that I have not received any other financial assistance from any source for which this assistance is requested.

1) मैं धोखा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिए गए सभी विवरण वास्तविकता के अनुसार सत्य एवं सही हैं।

2) मर दूपा जे सहाय्य छी। कालिका सहाय्य, जे ता'त छी, ता'त छी।

AGREEMENT by APPLICANT (APPROVE OR REJECT)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation 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 my activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfilment of the purpose.

2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest 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 अंगूठी की छाप लगाकर, मैं (अवेदक) अपनी संस्था की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ग्राहकों" को अतिरिक्त पाठ्य दस्तावेजों के साथ प्रेषित करता हूँ।

[illegible]

2) मैं (अवलोकक) इस बात से समझता हूँ कि मेरा जन्म, पाल, पढ़ाई और विवाह जो कि सहायता के तद्द्वारा से अधिकांश है मुझे सहायता का अधिकार प्राप्त होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (ENTER IN BLOCK)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, (Hosipal) 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/procedure, as requested 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 treatment of 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 अभिभावक, हमारा धर्म की ओर से आचरण-परा को "कोटिका काटनेवाला" से विभिन्न लक्षणों द्वारा चिह्नित किया जा सकता है, जिससे हमें इसका पहचान करने में मदद मिलेगी।

[illegible]

2. "कॉरेक्शन काउन्सिल" से ली गई सामग्री कोशल विधिगत प्रकृति की है। संघीय या सम्प्रदाय द्वारा दी गई सलाह या विचारों पर उपस्थापितियों की प्रतिक्रिया में दी गई सलाह को बीच का विषय है और "कॉरेक्शन काउन्सिल" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसलिए सम्प्रदाय में संघीय के द्वारा प्रसारित और अपने अपने को सही सम्प्रदायों पर प्रतिक्रिया की होती है और "कॉरेक्शन" को कोई प्रतिक्रिया या विमर्शपूर्ण इस सम्प्रदाय में नहीं होगी।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable)

संस्कृति (स्वीकृत/निरस्त का निशान लगायें)

Date of Surgery

24/05/18

Dr. Dharm Singh

MS (OPHTHAL)
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
Reg. No. 2545034

~~ACCEPTANCE~~

मन्त्र

REJECTION

MASSEY

(Name, Designation, Institution & Address of Authors: Dr. S. K. Singh, Sr. Lecturer, Alwar Medical College, Alwar

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

जयश्री हनुमान

SIGNATURE of TRUSTEE 2

ज्यामिती तंत्रशास्त्र

SANCTIONED

1995

REJECTED

काम्यन्तु