

C18/05/0299

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	Koshika	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या:	A/0518/0142	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि	25/05/18	
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम	Janko Devi	AGE-YEARS आयु-वर्ष	70	
		SEX लिंग	F	
FATHER/SPOUSE'S NAME: पिता/हस्तुप का नाम	Bhala Nath			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता				
Village - Ludha Kishardas, Teh. - Thanagazi,				
Dist. Alwar, Rajasthan				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता				
As above				
OCCUPATION: व्यवसाय	Farmer			
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय *	72,000	(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न)	NA	
PAN No. स्थायी खाता संख्या	NA			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय का दाता 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 सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
01	जनकी देवी	70	F	स्वामी
02	पूरण	59	M	पुत्र
03	कुमली देवी	56	F	पुत्रावधु
04	मैलाश	51	M	पुत्र
05	पेमो देवी	38	F	पुत्रावधु
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विनति आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रैश 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे गये विनती का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
1	Diagnosis — RE - Brown Cataract LE - Brown Cataract			
2	Surgery — RE - SICS + IOL			
ASSISTANCE BEING AVAILABLE 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 AVAILABLE कोई गई सहायता राशि		
1	SCFH			



Pr. OP. Post OP.
0142 Janko
Devi

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, if the same for which this assistance is requested.

1) मैं धीरे-धीरे कहता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया गया है तो मेरी सहायता निम्न को न मिलेगी।

2) मैं इसी उद्देश्य के साथ कि "कोशिका फाउंडेशन", से मेरी सहायता है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में पूछा गया है।

3) मैं यहाँ कहता हूँ कि जिस सहायता मुझे प्राप्त करने की है, उस सहायता का भुगतान या कथन किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बिमा कंपनी से न हो सके और न ही भविष्य में होगा।

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-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 its 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 या अपने हस्ताक्षर या अंगूठी को साथ लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी मांगों की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका जाहरीलाय और एकत्रीकरण" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रस्तुत है, उसे "कोशिका" एजन्सिज, राज. माधवाय द्वारा उद्देश्य से जारी गतिविधियों और उपलब्धियों को अपने विचारों से प्रभावित करने के लिए अधिकृत है। जो प्रश्न का विवरण जो राजन को पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका जाहरीलाय" व उसकी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि राजन को उद्देश्य से प्रेषित है मुझे राजन, राजन का हस्ताक्षर को प्रेषित। इस मांग में "कोशिका" एजन्सिज उसकी अधिकृत का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

अनुबंध के हस्ताक्षर या ओंठों का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर एवं मकल)

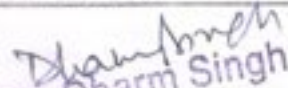
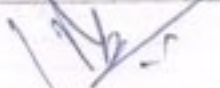
By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

- 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 this 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.

इससे अधिकतर इस्लामी वीर और मेराफले-रोली को "कॉशिका फायरबैंगल" से विभिन्न गलाघत होत सिफारीश की जाती है, वि।) इन (हाथगल) विभिन्न प्रकार से पांच व अठारह होते हैं।

- [illegible]

- [illegible]

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संस्तुति (स्वीकृत/निरस्त या निराकरण लक्षण)		ACCEPTANCE ग्रहण		REJECTION अस्वीकृत	
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख	 Dr. Dharm Singh MS (OPHTHAL) (Name of the Tech. No. with Reg. No. 10884) इकाई का नाम के अनुसार भरने के लिए		 (Name, Designation, Address of Authorized Signatory) S. MASSEY Dr. S. Massey, Alwar		
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु					
 SANCTIONED संस्तुति	REJECTED अस्वीकृत	SIGNATURE of TRUSTEE 1 आसी हस्ताक्षर 1		SIGNATURE of TRUSTEE 2 आसी हस्ताक्षर 2	
		