

C18/05/0272

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

A/0518/0143

APPLICATION DATE : 25/05/18

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Mewa Devi

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

60

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/हस्तुष्य का नाम

Benami Das

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Village - Bijwaral Naruka, Teh. - Alwar,

Dist. - Alwar, Rajasthan

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

As above



Pre OP. Post OP.
0143 Mewa
" Devi

OCCUPATION :

व्यवसाय

Farmer

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय *

68,000

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

NA

PAN No. स्थाई खाता संख्या

NA

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

क्या आप आय कर चुकाते 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	Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध
①	Benami Das.	65	M	Husband.
②	Bhagwan Sahay.	30	M	Son
③	Usha Devi.	26	F	Daughter-in-law.

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए विनंती आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशन 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनंती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	Diagnosis — RT-IMSC LE-IMSC
2.	Surgery — LE-SICSTIOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कहीं 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 ले गई सहायता राशी
1.	SCFH	

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, for which this assistance is requested.

- 1) मैं धोखा करता हूँ कि इस राज्य में दिये गये सभी विधान मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवाद एवं कथन अलग-अलग सत्य साबित हो तो मेरी सहायता विधान की ओर करूँगा।
- 2) मैं इस जो सहायता छति "कोशिका काउन्सेलर", मेरी का रही है, उसका उपयोग उसी प्रदेश की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस राज्य में सत्य सदा रहे।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु वह प्रार्थना की गई है, उस लक्ष्य का अन्तिम या स्वयंसेवक विधान बिना अन्य को/निलेखक/लोख कायमों से न तो विवाद है और न ही प्रतिष्ठा है।

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/awarded, through any medium, including but not limited to verbal, print, electronic, for soliciting donations for Koshika Foundation and/or disseminating information about 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, 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 अंगूठों की साथ साक्ष्य, मैं (अक्षरेक) अपनी भाषाई की पुष्टि करता हूँ एवं "बौद्धिक प्रारंभिकता और उसके व्यक्तित्व" का अभिव्यक्त करना हूँ कि मैं एक पक्ष, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रस्तुत हैं, उसे "बौद्धिकता" एवम् ग्राह्य, रूप, साधन/साधन द्वारा उद्देश्य से जुड़ी संवेदनशीलता और उपलब्धियों के निर्णय विचारों को प्रभावित करने में प्रयत्न करने के लिए अभिव्यक्त है। मेरे प्रश्न का विवरण में प्रश्न के पक्षों का जवाब में करने के लिए "बौद्धिक प्रारंभिकता" में ग्राह्य अभिव्यक्त है।
- 2) मैं (अक्षरेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि साक्ष्य के उद्देश्य से प्रस्तुत हैं मुझे स्पष्ट: साक्ष्य का हस्ताक्षर नहीं करता। इस मामले में "बौद्धिकता" एवम् उसके व्यक्तियों का निर्णय और साधन/साधन द्वारा।

आवेदक को हस्ताक्षर या अंगुली का प्रिंट



 अध्यक्ष

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 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 & R's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिष्ठाता, इलाहाबादी की ओर से भाषातेलंगी को "कोरिया का फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु लिखतिका भी जारी है, जिसे हम (अध्यक्षता) निम्न प्रकार से जान्य व पारितगा जान्य है।

- [illegible]

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संस्तुति (स्वीकृत/निरस्त या निश्चय लगाये)		ACCEPTANCE स्वीकृत	REJECTION निरस्त
Date of Surgery ऑपरेशन का तारीख 26/05/18	 Dr. Dharm Singh MS (OPHTHAL) (Name of Doctor, Designation, and Stamp) डॉक्टर का नाम, पद, हस्ताक्षर या छाप	 DR. MASSEY (Name, Designation & Stamp of the Institute of the Hospital) Dr. Shroff's Eye Hospital, Alwar	

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

 SANCTIONED मंजूर	REJECTED नमंजूर	SIGNATURE of TRUSTEE 1 ज्योती इन्सुरन्सर्स लि. 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 ज्योती इन्सुरन्सर्स लि. 
---	---------------------------	--	--