

118/05/0284

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika

APPLICATION No.: A/0518/0144
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 24/05/18
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Bansi
आवेदक का नाम

AGE-YEARS: 80
SEX: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Gyarsa Gurjari
पिता/कन्या का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवास पता

Village - Dubari Chaugah Tch. Thangazi

Dist - Alwar Rajasthan

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवास पता

as above



Presop. Post op.
0144 Bansi

OCCUPATION: Farmer
व्यवसाय

TOTAL ANNUAL INCOME: 90,000
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का प्रमाण संलग्न)

N/A

PAN No. सहाय्य खाता संख्या: NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का निशान लगाएं)

Yes No
हाँ 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
1	Buddha Ram.	35	M	Son
2	Bhamburji devi.	31	F.	Daughter-in-law.

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विवरी 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) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे हमें विवरी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रीतिरेदन सूची संलग्न
1.	Diagnosis - R.F. - WNL L.F. - IMSC
2.	Surgery - L.SICS + TOR

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लेई गई सहायता राशि
1.	SCEH	

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 null & void, 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(s) other than the company of the employer for which this assistance is requested.

- AGREEMENT by APPLICANT (APPLICANT'S USE ONLY)

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 not comply 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 छाया लगाकर, मैं (अन्वेषक) अपनी संतुष्टि की पुष्टि करता हूँ एवं "कॉलिका फाउंडेशन और उसके संस्थापक" का उल्लेख करता हूँ कि मैं पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रस्तुत है, उसे "कॉलिका" एम्ब्लो, नाम, याचिकाएँ द्वारा उद्घरण से जुड़े संश्लेषित और संपूर्णतया के तहत किया जा सके।

अधोदक की हमलाभा या अंगुली का निशान

අනුමතයි
දි. 24

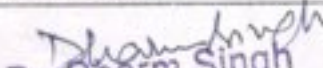
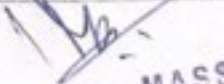
AGREEMENT by HOSPITAL (FRODO 01 401)

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 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.

1) यह कि ये दो घटनाओं और ये भी घटनाएँ ये विधि सभाओं किसे हैं सरकारों संस्था या किसे अन्य स्तरों से उक्त ऐसी-प्रकारों में उल्लेख के लिए है। जैसे कि हमने "अधिकार सभाओं" से निर्वाचित/निर्वाचित उक्त के सम्बन्ध में "अधिकार सभाओं" द्वारा प्रारंभ हेतु कि है। यदि "अधिकार सभाओं" द्वारा सभाओं निर्वाचित अधिकारसभा हेतु प्रारंभ जारी किए जाते हैं तो उपर्युक्त किसे अन्य और सभाओं संस्था या किसे अन्य संस्थाओं से सभाओं लेने का अधिकार प्रारंभ रखते हैं। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि उपर्युक्त ऐसी-प्रकारों में उल्लेख करने के लिए सभाओं हेतु निर्वाचित हैं सरकारों संस्था या किसे अन्य संस्थाओं से जारी लेने-लेने।

2. "कॉलेज काउन्सिल" से ली गई महापत्र कोल जिलिय प्रकृति की है। गैंगी पर इसका इन्फो री गई सारल या किये गये इन्फो/इन्फो का मुताबक एम इन्फो
 में कोल का किये है और "कॉलेज काउन्सिल" द्वारा किसी प्रकार का कोई एक्शन नहीं है। इसलिये इन्फो/इन्फो में कोल के इन्फो मुताबक और कोल को सारी इन्फो/इन्फो एम इन्फो/इन्फो
 को कोल और "कॉलेज" को कोल एक्शन या इन्फो/इन्फो इस सारल में नहीं कोल।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संस्तुति (स्वीकृत/निस्त का निश्चय लयाये)		ACCEPTANCE मान्यता		REJECTION निराकरण	
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख	 Dr. Dharm Singh MS (OPHTHAL) (Name of Dr. & Regd. No. of Hospital) डाक्टर का नाम व इलाका का संकेत नं.		 S. MASSEY (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) डॉ. एस. मासेय Hospital, Alwar		
26/05/18					
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु					
 SANCTIONED संस्तुति	REJECTED न्यास-नृ	SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इन्सुफर 1		SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इन्सुफर 2	
		