

118/05/0285

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika

APPLICATION No.:

A/0518/0145

APPLICATION DATE:

24/05/18

आवेदन संख्या:

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT:

Sarli Devi

अवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष

70

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

Shivai Ram

पिता/कटुण्य का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Village - Duhay Chaugan Teh - Thangar

Dist - Alwar, Rajasthan

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

as above


 Preop. Postop.
0145 Sarli Devi

OCCUPATION:

Labourer

TOTAL ANNUAL INCOME:

68,500

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

N.A

PAN No. स्थाई पत्र संख्या

N.A

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

क्या आप आय कर दाता हैं (को मान्य हो उस पर सही का चिह्न 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	Ram Pretop.	40	M.	Son.

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये बिलि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश 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 साधन
--	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे गये निम्नी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रीस्क्रिप्शन सूची संलग्न
1.	Diagnosis - R.E - IMSC L.E - P.P.
2.	Shugamy - R.E - STCS + IOL

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 यह सहायता रकम
01	SCEH	

DECLARATION by APPLICANT: **अभिषेक कुमार शर्मा** I hereby declare that the above statement will render my Application & ongoing admission...

- 1) मैं सोचता हूँ कि इस प्रश्न में दिए गये सभी विचारों में से जल्दबाजी को अनुभव करने एवं सोचने से बचने के लिए विचारों को अपने आप से निकालने से बचना है।
- 2) मैं इस जो महाशक्त को "कौशिक भावना" कहता हूँ, उससे जो मैं सोचता हूँ, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में पूछा गया है।
- 3) मैं फिर कहता हूँ कि इस महाशक्त से जो मैं अपने को मुक्त करता हूँ, उससे मैं जो सोचता हूँ, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में पूछा गया है।

AGREEMENT by APPLICANT (DATE OF FILING)

- 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.

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION
आवेदक के हस्ताक्षर या बाएँ 엄指 का निशान

IMPRESSION :



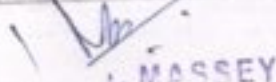
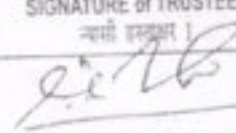
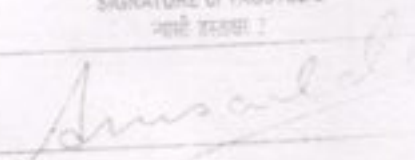
विष्णु विद्या ९
सरली डेवी

AGREEMENT by HOSPITAL (KPNR DE 801)

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

- हमारी अधीनस्थ, हस्ताक्षरी की ओर से प्रमाणित-लेखी को "कोशिका फायदेदार" से प्रमाणित साबित होना निश्चितता की गारंटी है, जिसे हम (इसका) निम्न प्रकार से समझा जा सकता है:
- 1) यह कि न तो संस्था और न ही अधिकृत अधिकारी किसी भी सारकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से उक्त लेखी-प्रमाण में लेने का ले लेते हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फायदेदार" से निश्चित-निश्चित उक्त के समर्थन में "कोशिका फायदेदार" द्वारा प्रमाणित होना निश्चित-निश्चित अधिकृत-प्रमाणित होना प्रमाणित नहीं किया जा सकता है जो निश्चित-निश्चित किसी अन्य भी सारकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से साबित होने का अधिकार प्रमाणित करता है। हम प्रमाणित प्रमाणित करते हैं कि निम्नलिखित प्रमाणित प्रमाणित उक्त लेखी-प्रमाणित होना निश्चित-निश्चित भी सारकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेता-लेती।

[illegible]

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संस्तुति (स्वीकृत/निरस्त का निशान लगाये)		ACCEPTANCE मंजूर		REJECTION नमंजूर	
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 26/05/18	 Dr. Dharm Singh MS (OPHTHAL) (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) Reg. No. A-20084		 J. MASSEY (Name, Designation & Stamp of the Authorized Signatory) Dr. Shroff - 24/7 Hospital, Alwar जो कि वह संस्था अधिकृत अधिकारी		
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION					
 SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी ट्रस्टी 1		 SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी ट्रस्टी 2			
 SANCTIONED मंजूर	REJECTED नमंजूर				