

c18/05/0286

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)				Koshika	
APPLICATION No.: A/0518/0146 आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE: 24/05/18 आवेदन दिनांक		 	
NAME of APPLICANT: Phulla Devi आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष 68	SEX लिंग F		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Chumma पिता/सहोदर का नाम					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता Village - Chandpur, Teh - Thanagazi Dist - Alwar, Rajasthan PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता as above					
OCCUPATION: Labourer व्यवसाय				Pre op. Post op. 0146 Phulla, Devi	
TOTAL ANNUAL INCOME: 70,000 कुल वार्षिक आय *				(Attach Proof of Income) (आप का आय प्रमाण) N/A	
PAN No. स्थायी खाता संख्या N/A					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्नन लगाएं)				Yes / No हां / 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 से संबंध	
①	Chumma Ram	72	M	Husband	
②	Gauraj	26	M	Son	
③	Tofali devi	22	F	Daughter-in-law	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विरल आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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 प्रमाण					
"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 - IMSC				
2	Surgery - R.E - STCS + Tol				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED वही 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 a pending 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, of the expenses for which this assistance is requested.

- AGREEMENT by APPLICANT (SEEKING TO WITH)

- 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 be solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

- [illegible]

अध्यापक को हमराधार या अंगुठे का निधान

अंगुग निशान
फला

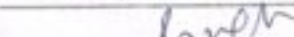
AGREEMENT by HOSPITAL (एपुसल डीए अगुव)

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 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 अधिकांश, हमसहरी को और से धुलाई-रंगे को "बोरिका पाउडर" से पिलिप लगाया हेतु निषेधित की जाती है, जिसे हम (हमसहरी) किम प्रकार से नाम से संबोधित करते हैं।

- 1) यह कि न तो संसार और न ही व्यक्ति में किसी सहायक किसी है। सहायक संभव या किसी अन्य शक्ति को उक्त शरीरधर्मन में लेने का ले रहे है, जैसे कि हमने "बौद्धिक पाठानंदन" से विचारविनिर्णय उक्त के सम्बन्ध में "बौद्धिक पाठानंदन" द्वारा मार हेतु कि है। यदि "बौद्धिक पाठानंदन" द्वारा सहायक विचार व्यक्ति/सहायक हेतु मन्दार यदि किम अन्य है तो अन्य किसी अन्य या सहायक संभव या किसी अन्य सहायक से सहायक लेने का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायक विचार मार उक्त शरीरधर्मन हेतु किसी और सहायक संभव या किसी अन्य सहायक से नहीं लेनालेगी।
- 2) "बौद्धिक पाठानंदन" से लेने या सहायक विचार व्यक्ति प्रकृति को है। शरीर पर हमसक्त द्वारा ही यह सहायक विचार मार सहायक/विचार का प्रचार लेने एवं हमसक्त के बीच का विचार है और "बौद्धिक पाठानंदन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रचार नहीं है। इसलिए हमसक्त में लेने के इत्सा मुरा और अपने अपने को मारी विचारधारा एवं एवं सहायक को लेने और "बौद्धिक" को कोई अधिकार या विचारधारा हम मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संस्तुति (स्वीकृत/निरस्त का निश्चय लक्षणों)		ACCEPTANCE सम्पूर्ण	REJECTION निरस्त
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख	 Dr. Dharm Singh MS (OPHTH) (1) (Name of Doctor, Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम, रजि. नं. और स्टैम्प Regd No 1564	 Dr. St. John (Name, Designation & Stamp of Authorizing Surgeon) डॉ. स्ट. जॉन (Name, Designation & Stamp of Authorizing Surgeon) Dr. St. John, Hospital, Alwar	

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION जननीक संपन्न वि

 SANCTIONED संमति	REJECTED नसमति	SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इन्द्रधर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इन्द्रधर 2
			