

C18/11/0290

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life.		
APPLICATION No. : A/1118/0601		APPLICATION DATE : 28/11/18		
NAME of APPLICANT : Vimla		AGE-YEARS आयु-वर्ष : 80	SEX लिंग : F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : Narayan Das				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता : Adarsh Colony, Dees, Teh. - Dees, Dist. - Bharatpur, Rajasthan				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता : as above				
OCCUPATION : Labourer		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) : ☒ MARRIED		
TOTAL ANNUAL INCOME : 75000		(Attach Proof of Income) (आप का साक्ष्य संलग्न) : NA		
PAN No. स्थाई खाता संख्या : NA				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर पता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगावे) : Yes (हाँ) / No (नहीं) : ☒ No				
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 सम्बंध
1.	Rajeev	44	M	Son
2.	Sandeep	46	M	Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विवर्त 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य				
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
1.	Diagnosis - RE-PP LE-IMSC			
2.	Surgery - LE-SICS+IOL			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ले गई सहायता राशी		
1.	SCFH			



Prior. Postor
0601 Vimla

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा है: I certify that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance null and void.

- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस महापत्र हेतु यह आवेदन किया जा रहा है, उसे जारी करने के लिए आवश्यक सभी दस्तावेजों को संलग्न किया जा चुका है।

1. I, _____ (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to

for which assistance is being requested. Name, address, photo & details of the "purpose" for which such assistance is requested/granted.

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

- “कोशिका” एवम् उसके न्यसिर्ष्य का निर्माण आरम्भ और सधनकारी होगा।

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

Figure 1. A schematic diagram of the experimental setup. The subject is seated in a chair, viewing a video screen. The video screen displays a target (a red dot) and a starting point (a green dot). The subject is instructed to move the hand from the starting point to the target. The video screen is connected to a computer system that records the hand position and the time taken to reach the target.

By signing this form, you agree to participate in this research project and to provide information for the purpose of this study. You understand that your participation is voluntary and that you may withdraw at any time without penalty. You understand that your participation is confidential and that your information will be used only for the purpose of this study. You understand that your participation is for the purpose of this study and that you will receive no financial benefit from this study. You understand that your participation is for the purpose of this study and that you will receive no financial benefit from this study.

(Hospital) hereby affirm & accept following:

- in the matter.

- के बीच का विषय है और "कॉलिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हमें यहाँ में छोटी के इलाज सुरक्षा और अपने जाने को सारी जिम्मेदारियाँ सौंप दी हैं।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
 २०१७/१८ के लिए संयोजक

स्वीकृता के लिए संस्तुत

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)

30/11/18	MS OPHTHAL	राम व रद हस्तगत अधिकृत अधिकारी
----------	------------	--------------------------------

Ref. No. 0280-4 KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

	SIGNATURE of TRUSTEE 2
--	------------------------

SIGNATURE of TRUSTEE 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2
------------------------	------------------------

SIGNATURE OF TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE OF TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
--	--

Page 1 of 1

Cultural	Life
----------	------

Signature: _____