

19/12/2013

APPLICATION FORM FOR
सहायता हेतु आवेदन प्रक्रिया

STANCE

(Healthcare)
(स्वास्थ्य सेवा)APPLICATION No.:
आवेदन संख्या:

A/12/18/0603

APPLICATION DATE: 03/12/18
आवेदन मितिNAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम

Basanti Devi

AGE-YEARS वय-वर्ष

65

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:
पितृ/स्त्री का नाम

Chandpal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: कर्तव्य स्थान का वास

Village - Shalivasa, Teh - Ranpur



Pincode: 0603

Post Office: Basanti Devi

OCCUPATION: व्यवसायः

TOTAL ANNUAL INCOME: वार्षिक कुल आयः 60000/-

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (विवाहित नहीं)

(Attach Proof of Income) (आय का सम्बन्ध संबोध)

PAN No. स्टेट एवं संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE? (Tick whichever is applicable):
क्या आप जन वाचा है? (जो जान को उस पर सारी का विशेष संबोध)Yes / No
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS: परिवार की जिम्मेदारी

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के सम्बन्ध
1.	Sheo Singh	30	M.	Son
2.	Leela Ram	28	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable):
सहायता के लिए विवरीकी आवश्यकता

BPL Card (Attach Card Copy) सरकारी रोज़गार के संबंधी इष्टान पर (प्रधान पर की जाय और भीतर की)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) सरकारी इष्टान पर (प्रधान पर की जाय और भीतर की)	Ration Card (Attach Copy) राशन पर की जाय और भीतर की (प्रधान पर की जाय और भीतर की)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साधा

PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विवरी का उद्देश्य:

Sc. No. क्रम संख्या	Diagnosis — दौषिण्य	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/दौषिण्य से आई आई गई ड्रिग्राम या रिपोर्ट जूही गोपनीय
1.	Diagnosis — दौषिण्य	RE-IMSC RE-IMSC
2.	Diagnosis — दौषिण्य	RE-SICS + TOL

ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES:
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता कियी गयी रूप से दिया गया हो?

Sc. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALIED सीधी गई सहायता कीमत
1.	SCTC	

DECLARATION by APPLICANT: नीचे द्वारा लिखा गया:

- I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement made under my Application & ongoing assistance will be liable for rejection/cancellation.
- 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.
- 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 amount for which this assistance is requested.
- मैं प्रमाण करता हूँ कि मात्र में यही परीक्षा गोपनीय वापरों के लिए यहाँ आवश्यक नहीं है। परीक्षा गोपनीय वापरों के लिए यहाँ आवश्यक नहीं है।
- मैं इस सभी कारोबारों को "कोशिका प्रदानी" के लिए नहीं हूँ, जिसके लिए इसकी उपलब्धता की जाती है, यहाँ आवश्यक नहीं है।
- मैं अपनी आवश्यकता को अपनी जीवन की ज़रूरतों के बाहर नहीं लिखा हूँ। जो जीवन की ज़रूरतों के बाहर नहीं लिखा हूँ, वह अपनी जीवन की ज़रूरतों के बाहर नहीं है।

AGREEMENT by APPLICANT: (लाभान्वयन करना)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but not limited to verbal, print, electronic, for soliciting donations for Koshika Foundation and/or disseminating information about its activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfilment of the "purpose" for which assistance is being requested.
- I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting or discontinuing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision is final and acceptable to me.
- मैं यह यहाँ आवश्यक वापरों की जीवन की ज़रूरतों के बाहर नहीं हूँ, जो "कोशिका प्रदानी" द्वारा आवश्यक नहीं है। यहाँ आवश्यक वापरों के बाहर नहीं है। जो "कोशिका" द्वारा आवश्यक, यहाँ आवश्यक वापरों के बाहर नहीं है। यहाँ आवश्यक वापरों के बाहर नहीं है।
- मैं यहाँ आवश्यक वापरों के बाहर नहीं हूँ, जो यहाँ आवश्यक वापरों के बाहर नहीं है। यहाँ आवश्यक वापरों के बाहर नहीं है। यहाँ आवश्यक वापरों के बाहर नहीं है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अधिकारी के नामकरण का अंगूठे का फैशन :



AGREEMENT by HOSPITAL: (हस्तान्तर द्वारा करना)

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

- 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.
- 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.

एहों अधिकृत, इसकालीन यहाँ आवश्यकीय को "कोशिका प्रदानी" के लिए आवश्यक वापरों की जीवन की ज़रूरत करते हैं। यहाँ आवश्यक वापरों की जीवन की ज़रूरत करते हैं।

- यह फैशन के बाहर नहीं है। यह अधिकारी के लिए आवश्यक वापरों के बाहर नहीं है। यह आवश्यक वापरों के बाहर नहीं है।

- "कोशिका प्रदानी" से यह यहाँ आवश्यक वापरों की जीवन की ज़रूरत करती है। यहाँ आवश्यक वापरों के बाहर नहीं है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

अधिकारी के लिए शास्त्रीय:

Dr. Charan Singh

MB (OPHTHAL)

Reg. No. 020084

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
आवश्यक वापरों के बाहर नहीं है।

MASSEY

Administrator

Dr. Shroffs Eye Hospital, Alwar

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

आवश्यक वापरों के बाहर नहीं है।

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

आवश्यक वापरों के बाहर नहीं है।

SIGNATURE of TRUSTEE 1

अधिकारी 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

अधिकारी 2