

CB/12/0173

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु अधिकार प्राप्ति(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika  
foundation  
Building block of life

APPLICATION NO.: प्रयोग संख्या:	AI1218/0646	APPLICATION DATE: 20/12/18 प्रयोग तिथि:		
NAME OF APPLICANT: प्रयोग करने वाले का नाम:	Ram Sabay	AGE-YEARS वय-वर्ष ५० M		
FATHER/SPOUSE'S NAME: पिता/स्त्री का नाम:	Samar Singh			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान स्थान संकेत Village - Mahesh, P.O. - Khangarh, District - Alwar, Rajasthan	Post-Office 0646 Ram Sabay			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थान संकेत Khangarh				
OCCUPATION: प्रवाहिति	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (विवाहित नहीं) (Attach Proof of Income) (अपने का साक्ष्य संलग्न) NA			
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय				
PAN No.: प्राप्त संख्या नं. नाही				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): आप जन वार्ता दाता हैं (जो आने ही चाहे प्राप्ति का नियम संगम)				
FAMILY DETAILS: परिवार विवर				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant प्रयोग के साथ सम्बन्ध
1.	Mahesh	30	M	Son
2.	Tommu	28	M	Son
3.	Tarush	25	M	Son
4.	Sukesh	22	M	Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विवरण				
BPL Card (Attach Card Copy) गवर्नरी द्वारा दी गई प्रकल्प वाला (इकान वाली छाप दी गई संलग्न करो)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) सरकार द्वारा प्रदान वाला (इकान पर की छाप दी गई संलग्न करो)	Ration Card (Attach Copy) राज्य सरकार द्वारा (प्रकल्प वाली छाप दी गई संलग्न करो)	Any Other Basis/Proof अन्य किसी साथ	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु दिये गये विवरों का उल्लेख:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/दौकान से लाए की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
1.	Diagnosis - RF - LMSL LE - LMSL			
2.	Surgery - RL - SICS + LOL			
ASSISTANCE BEING AVALAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उल्लेख के डॉक्टर कोई अन्य सहायता दियी गयी स्रोत से नहीं लिया गया है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALAILED दी गई सहायता राशि		
1.	SCEH			

**DECLARATION by APPLICANT: कोशिका सहायता के:**

- I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statements will render my Application & ongoing 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 it was requested by me.
- I hereby confirms that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, for which this assistance is requested.

- मैं पूर्ण रूप से इस फॉर्म में लिखे गए वासी विवरों में जानकारी के बारे मात्र यह है कि मैं निम्न लिखा जाने वाले बाबा के लिए योग्य सहायता लिया।
- मैं इस वेद सहायता की "विधिभावना", जो नीचे दी गई है, अनुसार इसकी अवृत्ति की पूर्व ही देख लीजिए, जो इस सहायता के बारे में बात करता है।
- मैं युवा बाबा हूं जिस सहायता के बारे में बात करता है वह विवरों में वर्णित वासी विवरों का उल्लंघन करने के लिए नहीं और नहीं अधिक।

**AGREEMENT by APPLICANT: (अक्षय शुभ नाम)**

- 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 fulfillment 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 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.
- इस बाबा का नाम उल्लंघन की विधियों के अनुसार, मैं (अक्षय शुभ) मानव सहायता की युवा बाबा हूं जिस "विधिभावना" द्वारा वासी, दाता, वरदाता युवा सहायता की विधियों को अनुसार वासी विवरों के बारे में लिखा गया है, जो "विधिभावना" द्वारा ज्ञाती है। इस बाबा की विवरों में लिखा गया बाबा के बारे में बात करता है विधिभावना के अनुसार है।
- मैं (अक्षय शुभ) इस बाबा की सहायता की विधियों के अनुसार वासी विवरों के बारे में लिखा गया बाबा के बारे में विधिभावना के अनुसार है। इस बाबा की सहायता की विधियों के अनुसार वासी विवरों के बारे में लिखा गया है।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT-THUMB IMPRESSION :**

वासीको नहीं देखा जा सका जो लिखा गया है।

*Dharm Singh  
Koshikai*

**AGREEMENT by HOSPITAL: (अस्पताल का नाम)**

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:

- 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 its 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/co-advised 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इसी कीलक, वासीको नहीं देखा जा सका जो "विधिभावना" के अनुसार युवा सहायता की विवरों के बारे में लिखा गया है, जो इस (अस्पताल) द्वारा बाबा के बाबा के लिए कहा गया है।

- एवं यह कि वह योग्य होने वाले नहीं विवरों में लिखा गया है जो वासी दाता वरदाता वर की विवरों में लिखी गई होती है, जो विधिभावना की विधियों के अनुसार मैं "विधिभावना" का बाबा हूं जिसे है। यह "विधिभावना" द्वारा अनुसार लिखा गया सहायता की विधियों के अनुसार है। इसी कीलक, वासीको नहीं देखा जा सका जो "विधिभावना" के अनुसार लिखा गया है। इस युवा के बाबा का बाबा के विवरों में लिखा गया है। इस युवा के बाबा का बाबा के विवरों में लिखा गया है। इसी कीलक, वासीको नहीं देखा जा सका जो "विधिभावना" के अनुसार है। इसी कीलक, वासीको नहीं देखा जा सका जो "विधिभावना" के अनुसार है।

- "विधिभावना" के अनुसार वासीको नहीं देखा जा सका जो "विधिभावना" के अनुसार है। इसी कीलक, वासीको नहीं देखा जा सका जो "विधिभावना" के अनुसार है। इसी कीलक, वासीको नहीं देखा जा सका जो "विधिभावना" के अनुसार है। इसी कीलक, वासीको नहीं देखा जा सका जो "विधिभावना" के अनुसार है।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

**Dr. Dharm Singh के लिए लालकूटी**

Date of Surgery बीमारी से बाल्हा  21/12/18	MS (OPHTHAL) Reg. No.-028084  (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) 2009 वर्ष का इस्तेमाल का दर्ता है।	<b>L. MASSEY</b> Administrator Dr. Shroffs Eye Hospital, Alwar, (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) जाम व यह इस्तेमाल कीविया अधिकारी
---	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIIKA FOUNDATION अन्तर्बोध दस्तावेज़ हैं।

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
वासीको नहीं देखा जा सका।

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
वासीको नहीं देखा जा सका।

*Safayal*

*L. Massey*