

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन क्रमांक :

A/1213/0647

APPLICATION DATE : 20/12/18

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Dev Sukh

AGE-YEARS आयु-वर्ष

70

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/सहोदर का नाम

Doroga

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवासस्थान पता

Village - Mathura Teh. - Meerut

Dist. - Aligarh Rajasthan

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवासस्थान पता

as above

OCCUPATION :

व्यवसाय

Labourer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

62,000

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न)

NA

PAN No. स्थायी खाता संख्या

NA

NA

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

क्या आप आय कर चुकाते हैं (जो माध्यम से आप पर सही का निशान 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 से संबंध
1	Bacchu	40	M	Son
2	Ram Viree	35	M	Son
3	Pale Ram	32	M	Son
4	Bal dhari	30	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के पीछे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे क्या निशान का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयुर्वेद/चिकित्सा से जारी की गई प्रमाणित दवा संलग्न
1	Diagnosis - RE - IMSC LL - PP
2	Surgery - RE - STCS+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 इस सहायता का राशि
1	SCHE	

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 & ongoing assistance liable for rejection/cancellation.

2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshiha Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such aid 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 aid for which this assistance is requested.

- AGREEMENT by APPLICANT (attach to will)

2) 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.

- 1) इस तरह जो अपने हस्ताक्षर या चोटी की बात मानकर, वे (अपवाद) अपनी प्रकृति को भुलि काट रहे हैं "बौद्धिक चारोंपट्टा और उसके गहरीपट्टी" को अधिभूत काट रहे हैं कि वे तो यह जान, चोटी और वे विचार इस तरह की चोटी हैं, जो "बौद्धिक" चरम मानी, यह, चरमचरम दुर्गम स्वरूप में भुली अधिभूतियों और उपलब्धियों को लिये किसी भी प्रकार सम्मान से प्रशंसित करने में तिर्य्य अधिभूत है। वे इस बात विचार में इसमें जो चोटी या चरम में करने में तिर्य्य "बौद्धिक चारोंपट्टा" व गहरी अधिभूत है।
- 2) वे (अपवाद) इस बात में समझ रहे हैं कि वे तो यह, जो, चोटी और विचार को कि लक्ष्यता की उद्देश्यों में लक्षित है मुझे मना: ज्ञानता या उपभूत की वसुधा इस समर्थ में "बौद्धिक" चरम उसके गहरीपट्टी का निर्देश अधिभूत और चरमचरम कीटा।

आवेष्टक की इच्छा या संसुद्धि का विचार

AGREEMENT by HOSPITAL (EXHIBIT 871 403)

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 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.

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.

- [illegible]

—स्वीडिशों के लिए संस्कृति

॥०॥ ॐ नमो भगवते वासुदेवाय ॥

2/12/13

**Dr. Shroff's Eye Hospital, Al-
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)**
नाम व पद प्रमाणित अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION ગણતરી અંગેનો ફોર્મ

मागील वर्षी

ज्यामी इच्छात

22/11