

C/8112/0174

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्राप्ति

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.: A/1218/0647
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 20/12/18
आवेदन तिथि:

NAME of APPLICANT: Dev Singh
आवेदक का नाम

AGE-YEARS वय-वर्ष: 70
SEX लिंग: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: (जोड़े का नाम)
पिता/स्त्री का नाम



PAN No.: P8760P
Dev Singh
0647

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान अवासस्थान पाता

Village - Mohali — 76 — Laxmangarh,

Dist. — Alwar, Rajasthan

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: व्यापक अवासस्थान पाता

as above

OCCUPATION: Labourer
अवस्था

TOTAL ANNUAL INCOME: 62,000/-
वार्षिक आय

PAN No. स्ट्रीट नाम संख्या

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

ममा जल जाव का एवं है (जो माय हो उस पर माही का नियम सम्बोध)

Yes / No
हाँ / नहीं

(Attach Proof of Income) आय का साक्ष छपाक

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (विवाहित नहीं)

(Attach Photo) आवेदक का चित्र

FAMILY DETAILS घरेलू विवर

Sl. No. क्रम संख्या	Name of Family Member घरेलू के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1	Bacchu	50	M	Son
2	Ram Singh	35	M	Son
3	Palo Ram	33	M	Son
4	Bal Dhasi	30	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विवरी लक्षण

BPL Card (Attach Card/Copy) भारी रोपा के लिये प्रधान पाता (उपर पर की जान जीत सकते हो)	EWTS Certificate (Attach Certificate Copy) जल जल वर्ष प्रधान पाता (उपर पर की जान जीत सकते हो)	Ration Card (Attach Copy) उपरीका सार्व (उपर पर की जान जीत सकते हो)	Any Other Basis/Proof जल की साथ

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

जलापाता हेतु जिये वारे शिशी का इन्द्रेश:

Sl. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescription Attached जलापाता के लिये जीव शिशी वा इन्द्रेश सही संलग्न	
1	Diagnosis : —	RT - IMSC LG - PP
2	Surgery : —	RT - SICS + LOC

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस इन्द्रेश के हेतु कोई अन्य सहायता लियी जाने वाले से लिया गया हो?

Sl. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सही गई सहायता राशि
1	SCBH	

Koshika
foundation
Building Block of Life.

DECLARATION by APPLICANT: (अप्पिकेंट द्वारा घोषणा करा)

- 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 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/any other insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि यह अप्प ये दिए गए सभी विवरण ऐसे बनाती हैं कि उनका जल्दी कहा जाना है - वे नहीं विवरण द्वारा बनाया जाना चाहिए हैं जो 60 दिनों तक भी जल्दी कहा जाना है।
- 2) मैं आगे ले लिखता हूँ "कोशिका प्रासादीन", जो यह कहता है, क्योंकि आगे ले लिखता हूँ कि विवरण यह है, कि इस अप्प का नाम है।
- 3) मैं नहीं कहता हूँ कि यह अप्प का नाम क्या है, क्योंकि यह विवरण यह है कि इसका नाम कोशिका प्रासादीन है जो यह है।

AGREEMENT by APPLICANT: (अप्पिकेंट द्वारा करा)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/pull-up/produce 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.
- 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) यह अप्प का अप्पील वाला वह लोग है, जो (अप्पिकेंट) काफी बड़ी जीवनी की जीवनी का दृष्टिकोण "कोशिका प्रासादीन" की जीवनी का दृष्टिकोण है, जो यह अप्प का नाम है। यह "कोशिका" एवं "प्रासादीन" दो शब्द हैं, जो यह अप्प का नाम है। यह अप्प का नाम यह है कि यह अप्प का नाम है।
- 2) 4 (अप्पिकेंट) यह अप्प के समान है कि मेरे नाम, जीवनी और विवरण जो कि यह अप्प का नाम है उन्हें यह जाता है कि यह अप्प का नाम है।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:
अप्पिकेंट की जानकारी का संकेत करा दिया**

AGREEMENT by HOSPITAL: (इन्स्पिट्रुल द्वारा करा)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this applicant 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 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/procurement 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इनका अधिकारी, इसकी जीवनी की जीवनी को "कोशिका प्रासादीन" में विवरण जाता है कि यह जीवनी है, जो यह (अप्पिकेंट) ने यह अप्प का नाम दिया है। यह अप्प का नाम है। यह अप्प का नाम है।

1) यह अप्प का नाम दिया है। यह अप्प का नाम है।

2) "कोशिका प्रासादीन" की जीवनी जानकारी विवरण दिया गया है। यह अप्प का नाम है।

3) "कोशिका प्रासादीन" की जीवनी जानकारी विवरण दिया गया है। यह अप्प का नाम है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Dr. D. Shroff स्टीफली के लिए संकेत

C MASSEY

Administrator

**Dr. Shroff's Eye Hospital, A/7/1
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)**

यह अप्प का नाम दिया गया है।

Date of Surgery
अप्पिकेंट की जीवनी
01/12/18

**MS (OPHTHAL)
Reg. No.-028084**

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
जानकारी का नाम व जानकारी का नंबर

FOR INTERNAL USE of KOSHICA FOUNDATION जानकारी का नाम है।

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामों की जानकारी 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामों की जानकारी 2

09.08.2018