

019/01/0114

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य रेखाचाल)

APPLICATION No.:
आवेदन संख्या :

A|0119|0735

APPLICATION DATE : 12/11/19
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : Dhanwati
आवेदक का नाम

AGE-YEARS वय-वर्ष
60

SEX लिंग
F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : Budh Singh
पिता/कपड़म का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Village: Hingwahera Teh. Tijara

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

as above



Pre-Op. Post Op.
0735 Dhanwati

OCCUPATION : Farmer

MARRIED (जिवाजित) / UNMARRIED (अजिवाजित)

TOTAL ANNUAL INCOME :
कुल वार्षिक व्यय

65000

(Attach Proof of Income)
(व्यय का साक्ष चिन्हान) NA

PAN No. स्थाई खाता संख्या

TVTA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
मम्बा आप जरा कर रहा है (जो जब भी उस पर सही का निशान लगाये):

Yes / No
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1	Weshipal	30	M	Son
2	Neelanjali	25	M	Son
3	Babli	35	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये चिन्हित अधार

BPL Card (Attach Card Copy) गवीरी रोका हो गई प्रधान पत्र (प्रधान पत्र की साथ छोटे संलग्न को)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प व्यव वर्ग प्रधान पत्र (प्रधान पत्र की साथ छोटे संलग्न को)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रधान पत्र की साथ छोटे संलग्न को)	Any Other Basis/Proof क्रम कोई साथ

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु लिये गये चिन्हित का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Diagnosis -	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/दॉक्टर से चारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न	

Diagnosis - Rle - IMSC

Ile - LMSC

Surgery - Rle - SIC + TOL

Ile

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता लियी अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि
1	SCeh	

DECLARATION by APPLICANT: अप्लाईकंट द्वारा घोषणा करना

- 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/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्राप्ति में दिए गये सभी विवरण बेहतु जानकारी के अनुसार सत्य एवं चाही हैं। यदि यही विवरण एवं कामना भास्तव्य प्राप्ति जल्द है तो मैंने सहायता विवरण बोर्ड का लगाया है।
- 2) मेरी हाथ से घोषणा किया "कोशिका फाउंडेशन", गे गोंद या गोंद है, जानकारी वर्तमान गोंद गोंद की गुरुत्व के लिए किया जाता है, जो इस प्राप्ति में दिए गये गोंद है।
- 3) मैं चूंकि करता हूँ कि विवरण सहायता हेतु या प्राप्ति की गई है, उस परिणाम का अधीक्षिक या छात्रवृत्ति विवरण एवं स्ट्रोइनियोबॉक्सिंग कानूनी से उपर्युक्त है और नहीं कीमत में दी गयी है।

AGREEMENT by APPLICANT: अप्लाईकंट द्वारा घोषणा

- 1) 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.
 - 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्राप्ति का अपने हास्ताक्षर या गोंद की साथ लाना, मेरी (अप्लाईकंट) जानी सहजी की चुंकि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" और उसके नामीनों को अधिकृत करता हूँ कि ये गोंद गोंद, गोंद, गोंद जैसे विवरण इस प्रति में दी गयी है, उसे "कोशिका" एवं नामी, गोंद, या याचन्य का सूची गोंदियां खोर वर्तमानमें दी गयी विवरणों के लिए विवरण ये गोंद गोंद में अलगिंग करने के लिए अधिकृत है। गोंद प्राप्ति या विवरण में इसके को पहचान या बदल देने को लिए "कोशिका फाउंडेशन" का नामी अधिकृत है।
- 2) मेरी (अप्लाईकंट) इस काम से सहमत हूँ कि गोंद गोंद, गोंद, गोंद गोंद जैसे विवरण जो कि सहायता की वर्तमानमें दी गयी है उसकी गोंद: सहायता का छात्रवृत्ति या गोंद गोंद एवं समर्पण में "कोशिका" एवं उसके नामीनों का पर्याप्त अधिकृत और वापसीदारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अप्लाईकंट के उत्तमता या गोंद के विवरण

*Dharm Singh***AGREEMENT by HOSPITAL:** (इमामत द्वारा करना)

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:

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

इन्होंने अधिकृत, हस्ताक्षर की गयी या गोंदीरीयों को "कोशिका फाउंडेशन" से विविध सहायता हेतु विभागित की जाती है, जिसे हम (इमामत) ऐसा व्यक्त कर सकता है जिसका काम है।

- 1) यह कि न ही चर्चित है और न ही भवित्व में विविध सहायता दिया जाता है तो सहायता की संदर्भ में सही या सही नहीं है, ऐसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से विकलानी/विभागित उत्तम को गोंद के गोंद में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा दिया गया विवरण की विवरण सहायता हेतु अनुमति नहीं दिया जाता है तो सहायता दिया जाना या सहायता दिया जाना या सहायता की गोंद के गोंद में सहायता हेतु अनुमति नहीं दिया जाता है। इस पूर्ण में स्वयं यहा जाता है कि आमता विविध गोंद गोंद गोंदियां हेतु विवरण या सहायता की गोंद के गोंद में सहायता हेतु अनुमति नहीं दिया जाता है।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से गोंद सहायता कोणता विविध प्रकृति की है। ऐसी या इमामत द्वारा या दिये गये गोंद/विभागित का चुना एंवं एवं हास्ताक्षर के भीतर का विवर है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा दिया जाना का भी है एवं याचना जीती है। इसलिये इमामत में सही को इत्यत्र सूखा भी ज्ञाने द्वारा यही विवरण दिया जाना चाहिए एवं हास्ताक्षर की होगी जैसे "कोशिका" की चारों भूमिका या विमेदारी या ज्ञानाते में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
अधिकृत के लिए संस्कृति

Date of Surgery विकारान की तिथि 12/11/19	Dr. Dharm Singh (Name of Doctor) M.S.(OPHTHAL) दाक्तर डॉ. डॉ. डॉ. डॉ. Reg. No. 028084	U. MASSEY (Name, Designation & Signature of Authorised Signatory) Dr. Sharoff Eye Hospital & Research Institute जल्दी के पर इमामत जीवित अधिकृत
--	--	--

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION जनरल उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी इमामत 1 <i>Surajpal</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी इमामत 2 <i>Surajpal</i>
---	---