

C19/8/0712

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika
foundation
Building block of life.APPLICATION No.: A/0819/0472
आवेदन संख्या:APPLICATION DATE: 21/08/19
आवेदन तिथिNAME of APPLICANT: Kinno
आवेदक का नामAGE-YEARS आयु-वर्ष 68
SEX लिंग FFATHER'S/SPOUSE'S NAME: Nabbu
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Village - Teds, Teh. - Durg.

Dist. - Bhaerathpur, Rajnagar

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

as above

Psc 08. Post 08.
0472 KinnoOCCUPATION: Housewife
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 45000/-
कुल वार्षिक आय(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न) NA

PAN No. स्थायी खाता संख्या NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर पayer हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न 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
(i)	Nayaram	29	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रक्षा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) जन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे मने निम्न का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Diagnosis - RE-IMC LE-IMSE
2	Surgery - RE-Phaco + 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 ली गई सहायता राशि
1	SCMH	

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, if any, 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 प्रस्ताव में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य प्रमाण प्रस्तुत करता है तो मेरी सहमति प्राप्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहमति दिला "वैयक्तिक आकांक्षान" में दी जा रही है, उसका उपयोग सभी उद्देश्यों की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रस्ताव में प्राप्त है।
- 3) मैं पुनः करता हूँ कि मैं निम्न सहायता से या प्रत्यक्ष या अप्रत्यक्ष रूप से किसी अन्य को/किसी/कोई कार्य में या जो किया है और न हो सकित्व में नहीं।

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's 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 it's 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.

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 का अपने छात्रवृत्ति या फेलोशिप को प्राप्त करने के लिए "कोशिका प्रदर्शन" और अन्य कार्यों को पूरा करना होगा। यह भी संभव है कि यह एक बार, फेलो और जो विभाग इस तरह के फेलो है, उन "कोशिका" समूह स्वयं, एक, समय-समय पर उद्देश्य से उनकी प्रतिनिधियों और उपनिधियों के द्वारा किसी भी प्रकार का प्रयास से प्राप्त करने के लिए अधिकृत है। यह तरह का विभाग जो इसका को करने का काम से करने के लिए "कोशिका प्रदर्शन" या "कोशिका प्रदर्शन" है।
- 2) यह (आवेदन) इस तरह के प्रयास में कि वे एक बार, फेलो और विभाग को कि प्रयास को उद्देश्य से प्रदर्शित है। इसे समय-समय पर उपचार की प्रथा। इस समूह में "कोशिका" समूह स्वयं स्वयं ही या किसी भी अन्य और समय-समय पर।

अपेक्षक भी इसकाफूरा पर अंगुली पर लिखित

AGREEMENT by HOSPITAL (IF YOU WANT)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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 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.
- 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.

इसी अर्थपर, एल्फवोर्ड की ओर से सम्पादकों को "सीरीज सम्पादकों" के तौर पर सम्मान देने के निर्देश को लक्ष्य है, जिसे वह (एल्फवोर्ड) फिर उदात्त से उदात्त के स्तर पर स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो अधिकांश लोग न ही भोजन में विविध साधनों किन्हीं की उपयोगिता को ज्ञान या किसी अन्य चीज से प्राप्त होती-प्राप्ति में जैसे कि तब है, जैसे कि अपने "कॉलेज फायनेंस" से शिक्षित-विश्वीय ज्ञान का उपयोग में "कॉलेज फायनेंस" इस तरह से है कि यदि "कॉलेज फायनेंस" इस ज्ञान को विभिन्न अधिष्ठापकों से प्राप्त करने की क्षमता है तो अधिकांश किन्हीं अन्य की साधनों को ज्ञान या किसी अन्य साधन का उपयोग करने का अधिकांश प्रमाण है। इस तथ्य से स्पष्ट है कि अधिकांश विविध ज्ञान प्राप्त होती-प्राप्ति से किन्हीं की उपयोगिता को ज्ञान या किसी अन्य साधन से नहीं हो सकती।

- [illegible]

● 中国の経済発展が、世界の平和と安定に貢献している

हमारे पास के लिए, यह एक अच्छा विकल्प है।

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

21/11/15

Dr. Parm Singh
MS (OPHTHAL)
Reg. No. 628084

Dr. Massey
Administrator
Dr. Shroff's Eye Hospital, Alwar

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्गत उपस्थित रहे।

SIGNATURE of TRUSTEE 1

तुम्ही हसताना !

Exempel

SIGNATURE of TRUSTEE 2

प्राप्ति संख्या 2

Sc 28