

19/08/0707

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: A/0819/0474 APPLICATION DATE: 21/08/19
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Kinno AGE-YEARS अनु-वर्ष: 71 SEX लिंग: F
आवेदक का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Umi
पिता/सहस्र का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास का पता

Village - Bahaj, Teh. - Deeg,

Dist. - Bharatpur Rajasthan

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवास का पता

as above

Prescrib. Post off.
0474 Kinno

OCCUPATION: Housewife MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 47000/- (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. संख्या छाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस 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 के साथ सम्बन्ध
1	Ramveer	30	M	Son
2	Shaym Singh	33	M	Son

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

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु दिये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रिलिखित सुची संलग्न
1	Diagnosis — RE - IMSC LE - IMSC
2	Surgery — LE - Phaco + IOL

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

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- DECLARATION by APPLICANT:** आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:
- 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 प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठ का दावा होगा तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से सहायता यदि "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग केवल वही पूर्ति के लिये भिन्न कारणों, से इस प्रश्न में प्राप्त नहीं है।
- 3) मैं पुनः कहता हूँ कि मैं किसी भी अन्य स्रोत या प्रदाता से नहीं हूँ, इस राशि का नुकसान या सहायता किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से या किसी भी अन्य स्रोत से नहीं हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (subject to WOC)

- 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 प्रश्न का उत्तर इसप्रकार या जगहों की जाय समझना, मैं (अलेक्जेंडर) अपनी सामग्री को पुष्टि करता हूँ एवं "कोरिथियन पाठशाला और उसके स्मारकों" का संश्लेषण करता हूँ कि मेरा नाम, नाम, मोटे और जो विचारण इस प्रश्न में संश्लेषित है, मैं "कोरिथियन" एकर न्यायो, धन, कथन-एक दुर्लभ वर्णन से जुड़ी संश्लेषितियों और संश्लेषितियों के बिना किसी भी प्रकार सामग्री में प्रस्तुत करने के लिए संश्लेषित है। जो प्रश्न का विचारण में इसका को पहले या बाद में करने को लिए "कोरिथियन पाठशाला" में जारी संश्लेषित है।
- 2) मैं (अलेक्जेंडर) इस प्रश्न में उत्तरण हूँ कि मेरा नाम, नाम, मोटे और विचारण में कि इसका को जगहों में संश्लेषित है। मुझे स्पष्ट-साफ़ता का इच्छा नहीं आता। इस संश्लेषित में "कोरिथियन" एकर इसकी न्यायो और विचारण और सामग्री को जोड़ना।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

ਸਾਹਿਬਕ ਦੇ ਹੁਸ਼ੀਅਰ ਅਤੇ ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ ਸਿੱਖ

AGREEMENT by HOSPITAL: (DATE: 04-09-07)

By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this candidate 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.

in the matter.

- [illegible]

- [illegible]

RECOMMENDATIONS FOR ACCEPTANCE

ਸਰੀਰਕੀ ਤੇ ਮਿਟ ਪੰਨਾ ੨੬

Date of Surgery

अपीपेडन को जारी रखें

२॥४॥१५-

Dr. Dharm Singh
 (Signature)
 Director, Hospital
 District Hospital, Jammu

(PZ08) 957, 4 Sept No. 65-24

डा. अ. वि. सु. १३७५/१३७६

L. MASSEY

Administrator

Dr. Shroff's Eye Hospital, Alwar

नाम च. पू. इम्मानुएल तसिक्कुत अयिक्कागो

FOR INTERNAL USE of KOSHKA FOUNDATION

अन्योन्यं वदन्ते ते

SIGNATURE of TRUSTEE 1

ज्योतिषी इत्यादि ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

प्राप्त कर सकते हैं।