

C19/08/0385-



APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य प्रदेशभाल)		
APPLICATION No.: आवेदन संख्या :	C10819/076	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि 20.8.2019		
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम	Chatroo	AGE-YEARS आयु-वर्ष 73		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/स्त्री का नाम	WTO Gopal	SEX सेंग F		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: सम्बन्धित जागरूक स्थान D.O.B - Dimapur, POST - Dimapur District - Thoubal, U.T. Manipur 247777				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थान जागरूक स्थान as above				
OCCUPATION : प्रवासीपात्र	MARRIED (जिवालि) / UNMARRIED (जिवालिनी) जीव वा साक्षम नहीं			
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय	52,000 (Attach Proof of Income) (जीव वा साक्षम नहीं)			
PAN No. स्पष्टी खाता संख्या	NA			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE? (Tick whichever is applicable): जीव अयं अयं कर रहा है (जो गान्धी ही उस पर सही का निशान लगाये)				
Yes / No हाँ / नहीं				
FAMILY DETAILS परिवाह विवरण				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवाह के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender सेंग	Relation with Applicant आवेदक के संबंध मालिक
(1) 1	Dheer Singh	59-	M	Son
(2) 2	Yaspal		M	Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये चिन्हित अधार				
BPL Card (Attach Card Copy) जीवी रेता के लिये प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जात्यां प्राप्ति संलग्न करो)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अयं अयं वर्ष प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जात्यां प्राप्ति संलग्न करो)	Ration Card (Attach Copy) वर्षपोस्ता वाह (प्रमाण पत्र की जात्यां प्राप्ति संलग्न करो)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साध्य	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये चिन्हित का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/दौकान से चारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
(1) 1	Diagnosis - RE - PC TOL LE - ZMSC			
Surgery - LG SICS + IOL				
ASSISTANCE BEING AVALIED 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 AVALIED सी गई सहायता राशी		
(1) 1	SCEH			

DECLARATION by APPLICANT: मानेन्द्र राज चौधरी पंडित

- 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.
 - 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 a was requested by me.
 - 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 for which this assistance is requested.

- 1) ये सोचन कारण है कि इस प्रकाश में लिखे एवं दर्शी विद्यालय येही जगहाती के अनुपात सब लड़ जाती है। यहीं सोचन विद्यालय एवं चारत जाति एवं जाति है जो येही सामाजिक विद्यालय की जा सकती है।
 - 2) ये द्वारा जो सामाजिक शर्त "जातिसम्मान प्रतिसम्मान", से नहीं जा सकती है, उसका दर्शनेवाली जातियों की जूँड़ी के लिये किया जाएग, जो इस प्रश्नपत्र में बहु प्राप्त है।
 - 3) ये चुनौती कारण है कि विभिन्न सामाजिक दृष्टि या साकृति विद्यालयों की जातियों से न हो जित्या है और न ही भविष्यत में होंगी।

AGREEMENT by APPLICANT (Sign or Stamp)

- 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 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 Koelika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रति का अर्थ हालांकि ये लोटों की प्राप्त सम्भावना, ये (लॉटरीए) अपनी सामग्री की दृष्टि करता है एवं "बहिराहा चारांहेंग और जास्ते न्यारों" ये अधिकृत बात है कि ऐसा क्षमा, यथा, खोटों और ये विषय इस प्रति में शामिल है, यद्यो "बहिराहा" इसके न्यारों, यथा, साकारक तृप्ति लॉटरीए से युक्ती गतिविधियों और चारांहेंगों के लिये विकीर्ण भी प्राप्त यथापन से प्राप्तिहार करने वाले भी लिये अधिकृत हैं। ये प्रति का विषयण में इसका एक यह भी यात्रा भी लिया "बहिराहा चारांहेंग" व न्यारों विभिन्नता है।

- 2) ने (स्टॉरेज) इस बात में सहमत है कि मीडिया चन, चाह, फोटो और विडियो जैसे कि सहायता के इकाईयों में प्रयोग हैं तुम्हें स्वयं सहायता चन इकायर नहीं समझता। इस सम्बन्ध में "फोटोव्हाइच" एवं इसके अन्तर्गतीय चन नियंत्रण भी दिया गया था।

APPLICANT'S SIGNATURE OR I-94 NUMBER APPROVAL

APPENDIX 2: BUDGETING ON THE

RV self

AGREEMENT by HOSPITAL (ENGLISH TO FRENCH)

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 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.

इसकी अवधि इन्सानी की जीव से प्राप्ति/रोगी को "कॉमोडा प्राप्तिरूप" से विभिन्न वर्गों में विभाजित की जाती है। यहाँ तक कि व्याकुल (अव्याकुल) विष वाले दो वर्गों की विभाजन की

- 1) यह कि ए ही वर्तमान और न ही अविष्ट रूप से लिखित प्राचीनता विद्या ऐसी वास्तवी संस्कृत जा लिखी आज तोड़ दें बना देंगे/प्राप्त हों शैषं पर दें थोड़े हैं, ऐसे कि इनकी "वास्तिवा वास्तव्येत्वा" से सिवायीत्वाविरुद्ध उक्त की सम्भव ने "वास्तिवा वास्तव्येत्वा" हांग परद ढंग कि है। यदि "वास्तिवा वास्तव्येत्वा" हांग साकारा लिखी अविष्टावस्तवा ढंग भन्नु जाओ कि यह जात है तो अवस्तवा लिखी भन्ना ऐसी वास्तवी छोड़ा जा लिखी आज फलवत भी भासापन लेने का अधिकार लूपिणा राजा है। इस पूर्व में एष्ट बापा यह है कि वास्तवा द्वितीय परद उक्त देंगे/प्राप्त हों हैं लिखी ऐसी वास्तवा भी उठी गेंगी/प्राप्त होंगी।

2. "कांगड़ीय फारमन्डेशन" द्वे एवं नई गठाता बैंकिंग नियम प्रदृष्टि की है। ऐसी पर इसकाल द्वात्र एवं नई गठाता या विदेषी एवं उपचार/प्रतिक्रिया का भुलान दोनों एवं इसकाल के बीच का विवर है और "कांगड़ीय फारमन्डेशन" द्वात्र जिसे प्रकार का कोई रखन नहीं है। इसकीसे इसकाल में दोनों के इतन सुधार और आने वाले की दर्ती विपर्येद्धी दोनों एवं इस इसकाल की दोनों और "कांगड़ीय" द्वे एवं नई गठाता या विदेषी एवं नई गठाता हैं जो दोनों हैं जो दोनों हैं।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
इनीकर्ता के लिए संतुष्टि

Date of Surgery ऑपरेशन की तिथि 20.08.2019	Dr. Gaurav Shah (MS) Reg. MCI/AO-37302 D.R. Gaurav Shah (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) इनका नाम और इम्प्रिंट की तिथि उ	 VIVEK RANA (Name, Designation & Status of Authorised Signatory Administrator of Central Eye Hospital) Dr. Shroff's Charity Eye Hospital
--	--	---

FOR INTERNAL USE OF KOSHIDA FOUNDATION

सर्वानुवादी

SIGNATURE of TRUSTEE 1

PHYSICS OF LIFE

Siegwald

SIGNATURE - TRIUMPH B

NATURE OF THOU

संग्रहीत दिनांक