

C19/09/0400

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

A/0919/0517

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

10/09/19

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Ramesh Chandra Meena

AGE-YEARS आयु-वर्ष

77

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

Chhotu Lal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Village → Rakeshan

Teh. → Rajgarh

Dist. → Alwar

Rajasthan

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

as above

OCCUPATION :

व्यवसाय

Farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

35000

(Attach Proof of Income)

(आय का सबूत संलग्न) NA

PAN No. स्थायी खाता संख्या

NA

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

क्या आप आय का दाता हैं (जो खान्य 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

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनिर्दिष्ट आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनिर्दिष्ट उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रीस्क्रिप्शन सुची संलग्न
①	Diagnosis → RE - PCIOL LE - MSC
②	Surgery → LE → SICS + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?

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



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 यहाँ पर बताना हूँ कि इस प्रश्न में दिए गये सभी विवरण मेरे ज्ञानकी को अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाता तब बताने से तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मैं इसकी सहायता केवल "उद्देश्य" के लिए ही ले रहा हूँ, जिसका उपयोग मैंने सहायता की पूर्ति के लिये किया था/करेगा, जो इस प्रश्न में बताना था।

3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं इस सहायता को या भविष्य में नहीं ले, या फिर यह उद्देश्य या सहायता निरस्त करने के लिए किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post-upon/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 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.

[illegible]

2) वे (अर्थशास्त्र) इस बात से सहमत हैं कि गन्त, माल, शक्ति और विद्यामय वे कि समाज की प्रदीर्घता से अधिक है। समाज या समाज की प्रदीर्घता एक अर्थशास्त्र की "अर्थशास्त्र" द्वारा प्रदीर्घता से अधिक है। समाज की प्रदीर्घता से अधिक है।

आपके बच्चे का नाम क्या है?

By affixing hereunder, signed by the Authorized Signatory for recommending this case/patent for financial assistance from Konarka Foundation, we (Konarka) 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 means 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 & the outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

in the water.

[illegible]

2. "कॉलेज छात्रवृत्ति" का अर्थ है छात्र को कॉलेज में पढ़ने के लिए प्रदान की जाने वाली वित्तीय सहायता। यह छात्र को कॉलेज में पढ़ने के लिए आवश्यक खर्चों को कवर करने में मदद करता है।

Date of Surgery अस्त्रिकृत की तारीख 11/9/19	Dr. Dharm Singh MS (OPHTHALM) Reg. No. - 028084 (Name of Dr. & Reg. No. Hospital Stamp) अस्त्रिकृत का नाम एवं अस्त्रिकृत संस्था का छाप	Dr. Shyam Lal Massey Registrar (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) अस्त्रिकृत संस्था के अधिकृत अधिकारी का नाम, पद एवं अस्त्रिकृत छाप
---	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION অন্তরিক ব্যবহারের জন্য

SIGNATURE of TRUSTEE :

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामो हस्ताक्षर 2