

MOM-C-22-612-0993

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

साहाय्या हेतु आवेदन प्राप्ति

(Healthcare)

(स्थानीय सेवाएँ)

Koshika
Foundation
Building block of life.

APPLICATION NO.: M1012310024-

APPLICATION DATE: ०७/०७/२३

NAME OF APPLICANT:
आवेदक का नाम

Ram Kali

AGE IN YEARS उमेर वर्ष
72 वर्ष F

FATHER'S/HUSBAND'S NAME:
पिता/पति का नाम

Fakir

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वासिन मालालीय परा

Mishrikhi Sita bari Jhajjar Panchayat 261143

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: आप स्थायी परा

गोपी गांव गोपी



PASTE PHOTO HERE

Broop - PostOp

OCCUPATION:
जनरल

Horse Market

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (विवाहित नहीं)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

4600/- (Fourty)

(Attach Proof of Income)
(आप का सभ्य संतान)

PAN No. स्वार्ड जाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE? (Tick whichever is applicable):
आप आय का दाता है (जो गत्ता है उस पर जहाँ आप निशान लगावें।)

Yes / No
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS घरियार 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 सभ्य संबंध
1.	Ram Kali Fakir	52 6	F	Spouse Husband
2.		65	M	
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				
21.				
22.				
23.				
24.				
25.				
26.				
27.				
28.				
29.				
30.				
31.				
32.				
33.				
34.				
35.				
36.				
37.				
38.				
39.				
40.				
41.				
42.				
43.				
44.				
45.				
46.				
47.				
48.				
49.				
50.				
51.				
52.				
53.				
54.				
55.				
56.				
57.				
58.				
59.				
60.				
61.				
62.				
63.				
64.				
65.				
66.				
67.				
68.				
69.				
70.				
71.				
72.				
73.				
74.				
75.				
76.				
77.				
78.				
79.				
80.				
81.				
82.				
83.				
84.				
85.				
86.				
87.				
88.				
89.				
90.				
91.				
92.				
93.				
94.				
95.				
96.				
97.				
98.				
99.				
100.				
101.				
102.				
103.				
104.				
105.				
106.				
107.				
108.				
109.				
110.				
111.				
112.				
113.				
114.				
115.				
116.				
117.				
118.				
119.				
120.				
121.				
122.				
123.				
124.				
125.				
126.				
127.				
128.				
129.				
130.				
131.				
132.				
133.				
134.				
135.				
136.				
137.				
138.				
139.				
140.				
141.				
142.				
143.				
144.				
145.				
146.				
147.				
148.				
149.				
150.				
151.				
152.				
153.				
154.				
155.				
156.				
157.				
158.				
159.				
160.				
161.				
162.				
163.				
164.				
165.				
166.				
167.				
168.				
169.				
170.				
171.				
172.				
173.				
174.				
175.				
176.				
177.				
178.				
179.				
180.				
181.				
182.				
183.				
184.				
185.				
186.				
187.				
188.				
189.				
190.				
191.				
192.				
193.				
194.				
195.				
196.				
197.				
198.				
199.				
200.				
201.				
202.				
203.				
204.				
205.				
206.				
207.				
208.				
209.				
210.				
211.				
212.				
213.				
214.				
215.				
216.				
217.				
218.				
219.				
220.				
221.				
222.				
223.				
224.				
225.				
226.				
227.				
228.				
229.				
230.				
231.				
232.				
233.				
234.				
235.				
236.				
237.				
238.				
239.				
240.				
241.				
242.				
243.				
244.				
245.				
246.				
247.				
248.				
249.				
250.				
251.				
252.				
253.				
254.				
255.				
256.				
257.				
258.				
259.				
260.				
261.				
262.				
263.				
264.				
265.				
266.				
267.				
268.				
269.				
270.				
271.				
272.				
273.				
274.				
275.				
276.				
277.				
278.				
279.				
280.				
281.				
282.				
283.				
284.				
285.				
286.				
287.				
288.				
289.				
290.				
291.				
292.				
293.				
294.				
295.				
296.				
297.				
298.				
299.				
300.				
301.				
302.				
303.				
304.				
305.				
306.				
307.				
308.				
309.				
310.				
311.				
312.				
313.				
314.				
315.				
316.				
317.				
318.				
319.				
320.				
321.				
322.				
323.				
324.				
325.				
326.				
327.				
328.				
329.				
330.				
331.				
332.				
333.				
334.				
335.				
33				

DECLARATION by APPLICANT: અર્પણ કુમાર નાયા પટી

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/recalculation.
 2) I solemnly confirm that, assistance, I received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance was required 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 निश्चय करता हूँ कि इस प्रकल्प में से योग्य सभी विषयों की मात्राएँ इस तरह हैं। यदि कोई किसी पूँजी नमूने अमानुषीय तरह है तो मैं उसका विसर्जन की ज़िल्ही हूँ।
 2) मैं "DO" ने लक्षण युक्त "पर्यावार रक्षणीयता", दे दी थी। उसका लाभों तकी उद्देश्य योग्यी के लिये विद्या कराएगा, जो इस प्रकल्प में आ गया है।
 3) मैं पुरुष + स्त्री द्वारा दिखाये गए लक्षणों की वाले हूँ, उन विषयों का व्यवहार या सब्जेक्ट विवरणों को देखा जाएगा। काम्पियो हैं ताकि योग्यी हो और न हो सवित्रण में दृष्टि।

AGREEMENT by APPLICANT (અર્પણ દ્વારા)

1; By signing my signature or through 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 (Appl can.) 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 confirming the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Kochise Foundation, and their decision is this regard will be final and acceptable to me.

1) सु प्रात्र यह आवं हस्ताक्षर या अंतर्वेदन को लिये जाताहै, गैर (ज्ञानप्रद) अपने शिष्यवत्ति को खुटकारा है तब "शोशिक्षण गार्डेन्स" और उनके न्यायोदीयों को अधिकृत करता है कि वेर नाम, पर्सा, फांस और यो चिकिता सु प्रात्र में जैविक है, इन "कॉर्टिजों" परम्, चार्च, परम्, बाल्पर्स युक्त वर्षोंमात्र से बढ़कर शर्ताधारियों और उपर्युक्तवर्षों के लिए मिलती है वर्षप्रति वर्षमें ले लाभित करने के लिए निपेक्ष है। गैर प्रात्र ना फिल्म परे इतनवाँ वे गले ये नहीं हैं जिन्हें लिए "वर्मिफार राशीर्स" प्राप्ती अंजलि है।

2) ने (जाकेस) एक चर में लहान है कि गोप रण, परा, फंसी और "मिट्टा" जो नि लक्षणों ने लाइनर्स में प्राप्ति है मुझे स्पष्टः लाइनर्स का एकदम नहीं बताया। इस अध्ययन में "लक्षण" एक तरह क्योंकि क्योंकि इसे लिखा गया और उच्चारित होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THIS IMPRESSION:

भारतीय कंसल्टेंट शिवाये मुंडे

R.T

AGREEMENT by HOSPITAL (הוספיט אל עכבר)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for representing this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

5) 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 a 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 due late assistance for the same patient/case from any other NGO or any other source.

6) 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 million
In the million

हमारा सामग्री, बहुत ही की ओर से गलत है। या "कोरेक्ट का 'फालंडर' से लिया हुआ उत्पन्न हुई जीवनशिक्षा की जाती है, जिसे हम (इकाइया) निपुणता में व्याप व व्यवस्था में बदलती है।") यह कि न तो वर्डान नहीं, न ही धर्मधर्म वे निपुणता जीव समाज संस्कार से नियन्त्रित हो जाती है तो व्याप की ओर से लिया जाता है वे लोगों का कि ही है, ऐसे जिस व्यवस्थे "वर्डान का फालंडर" से निपुणता विनाशित हुआ करने वाले हैं। याद "कोरेक्ट का 'फालंडर'" इस दृष्टिकोण से अधिक प्रभावित हुई भवित्व व्यापक जीव जीवन की तरह व्यापक व्यवस्था विनाशी व्यापक औ व्यापकी व्यवस्था व्यवस्था है। इस पृष्ठे में साकृत कहा जाता है कि व्यवस्थान विविध शब्दों व्यापक व्यवस्थाएँ हैं, जिनमें दूसरी व्यवस्था व्यवस्था की व्यवस्था है जो व्यवस्था है।

३. "कांसिक फलन्देशा" हे ती नाई काळाचा केशव विंतेप्रभुंचा तो होता. तेंव्हा पर हप्तातीहा छपा यी तांच लालाचा या चिने नाई उपचारप्रतीया वा घुनव देऊ एक दृश्यात ती चोण तर चिना होता आणि "कांसिक फलन्देशा" हरा चिनी प्रकार का कोई काळाचा नाही हो. इतिमध्ये हप्तातीहा मध्ये तेंव्हा ते हाताचा सूख आणि जले चांगे को गासी चिनीहाती होता त्या हप्तातीहा मध्ये तेंव्हा चिनीहाती होता.

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

સ્વરૂપાંગી એંધો લેલર સાંસુરિ

Date of Surgery
२०१८ का यसीम
०५/०१/१८

Dr MAZHAR ULLAH KHAN
M.B.B.S, M.C.S, F.I.C.O.
U.P.M.C. Regd. No. 1000, Regd. (stamp)
इन्हें अपना नाम लिखें।

Anugag Mishra
~~(Name of Authorised Signatory)~~
~~DR SITTO~~
~~Hospital~~
~~M~~

57th INTERNAL USE DISOSHKA FOUNDATION | अंतर्मुख उपयोग

SIGNATURE OF TRUSTEE 1
वासी हरप्रीत |

SIGNATURE OF TRUSTEE २
२३ नं इमारत २

Sophia

John E.