

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No.

आवेदन संख्या :

V/0423/0130

APPLICATION DATE

आवेदन तिथि

19/04/23

NAME of APPLICANT

आवेदक का नाम

Purnimvadi

AGE-YEARS आयु-वर्ष

68

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME

पिता/कटुम्भ का नाम

Bijay

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Toormaula 2, Dham singha, Kosi Kalan,

Distt. Mathura, 281403

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION :

व्यवसाय

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME

कुल वार्षिक आय

5000/- (Family)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. स्थाई खाता 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 लगाए)

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 सम्बंध
1.	Summat Singh	72	M	Husband
2.	Pratap	33	M	Son
3.	Anju	34	F	Daughter in law

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 को छात्र प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छात्र प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छात्र प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रोगप्रतिरूप/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE - Cataract
	LE - Cataract
	Surgery - <u>AE</u> SICS + PMMA

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 ली गई सहायता राशि
1	DBCS	2000/-



Preop

Postop

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.

- AGREEMENT by APPLICANT (समर्थक द्वारा स्वीकृति)

23. मैं (आश्चर्य) इस बात से सम्मत् हूँ कि मनुष्य, जहाँ जहाँ और किससे जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है वहाँ सदा सहायता का सम्मान नहीं करता। इस सम्बन्ध में "बोसिया" शब्द इसके वर्णन का विविध अर्थों और अर्थवर्तनों होता।

आवेदनक ले दखलास भा अपुले का नियमन



AGREEMENT by HOSPITAL (FROTH 205 400)

2. "कोशिका काउन्टडाउन" से भी यह संशय का बल बढ़ित हो रहा है। यही वह इलाका है जहाँ यह सवाल है कि क्या यह उपचार/प्रक्रिया का प्रभाव होगा या नहीं।
कोशिका का विषय है जो "कोशिका काउन्टडाउन" द्वारा किया जाता है। यहाँ पर यह सवाल है कि क्या यह उपचार/प्रक्रिया का प्रभाव होगा या नहीं।
कोशिका का विषय है जो "कोशिका काउन्टडाउन" द्वारा किया जाता है। यहाँ पर यह सवाल है कि क्या यह उपचार/प्रक्रिया का प्रभाव होगा या नहीं।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

20/04/23

DR. SIMRAT CHANDI
MBBS, MS
DMC - 48540
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
Time _____ Date _____

(Name, Designation and Printed Name of Authorized Signatory on behalf of Hospital)

नाम न पाठ प्रमाण अधिकार अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अभ्यासिक उपयोग हेतु

ज्यामो हय्यामो ।

2000

Ergebnis

2020