

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य सेवा)

 **Koshika**  
foundation  
Building block of life

APPLICATION DATE :  
आवेदन तिथी- 19/10/2021

|    |   |
|----|---|
| 62 | M |
|----|---|

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Teh- Malakhara, Dist- Alwar, Rajasthan-301406

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : [REDACTED]

as above

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

(Attach Proof of Income)  
(आप का आय प्रमाण)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
 मैं आयकर देने वाला हूँ (जो सत्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएँ)

Yes / No  
हाँ / नहीं

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

नगीछी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र  
(प्रमाण पत्र की जांच प्रति संलग्न करें)

अल्प आय वर्ष प्रमाण पर  
(प्रमाण पर की जाया प्रति संलग्न की।

उपभोक्ता क्वार्ट  
(प्रश्न नं. १००० प्रति माह)

Any Other  
Basis/Proof  
अन्य कोई साध्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
 महापणा हेतु किये गये निम्नो का उद्देश्य:

Medical Reports/Prescriptions Attached  
अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न

U) Diagnosis - RE = SENTILE CAT  
LE = SENTILE CAT

⑤  $\text{Swigley} = LE = (1.5 + 1.0) \times 10^6$

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

NAME of OTHER SOURCE  
अन्य स्रोत का नाम

AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILABLE  
ਲੀ ਗਈ ਸ਼ਹਾਦਤ ਪਤੀ

|     |     |
|-----|-----|
| 13) | NTL |
|-----|-----|

DECLARATION by APPLICANT: अवेदक द्वारा घोषणा है:  
I declare 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, null and void. I understand that any false statement made by me in this Form, for which such assistance is granted, will be considered as a criminal offence under the law.

- 3) I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source for which this assistance is requested.

AGREEMENT by APPLICANT (अनुमति दान करु)

- for which assistance is being requested.

- ये प्रमाणित करने के लिए अधीन है। मेरे प्रत्यक्ष का विवरण में इसका है जहाँ का यह है करने के लिए "कोशिका कारखाने" में जारी अधिभूत है।

आवेदन को दस्तावेज या अंगूठे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (FURNISH TO BOX)

By affixing hereunder, signature of an authorised signatory for recommending (Hospital) hereby affirm & accept following:

- [illegible]

- assumes sole & complete responsibility of the treatment & its outcome. The patient is advised to follow the instructions of the doctor in the matter.

- ये विचारधाराएँ प्रश्न के सम्बन्ध में "कोईका फाउण्डेशन" द्वारा प्रस्तुत की गई हैं। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जा सकता है कि अस्पष्टता जितनी कम होगी उतनी ही बेहतर होगा।

- [illegible]

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE  
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख

Dr. NUPUR GUPTA  
MS (OPHTHAL)

MS (OPHTHAL)  
(Name of Dr. & Reg. No. with Stamp)  
Reg. No. - DMC/06827

CHARAN MASSEY

(Name, Designation, Address of Authorised Signatory)  
Dr. Shroff, (In-charge of Hospital)  
नाम व पद, इलाज के अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
नामो हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
नामगी हमलावर 2

Exempel

part