

C 1877/8/12

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building Block of Life

APPLICATION No.: आवेदन संख्या: E/0817/148

APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: 30/8/17

NAME of APPLICANT: आवेदन का नाम: Saroj

AGE-YEARS आयु-वर्ष: 45

SEX लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/सहोदर का नाम: Dhruva

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान निवास का

Village - Salga, Tehsil - Baraut
District - Baghpat, Uttar Pradesh

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास का

- as above.

Preop
148Postop
Saroj

OCCUPATION: व्यवसाय: Labourer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय: 45,000/-

(Attach Proof of Income)
(आय का प्रमाण संलग्न करें)

NA

PAN No. आय का स्रोत: NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं):

Yes/No
हां/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 आवेदन का संबंध
1.	Sanjay	22	M	SON
2.	Pooja	18	M	SON
3.	Sakshi	15	M	SON
	Two			Daughters
				Married.

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश की प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आयु वर्ग का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे लक्ष्य करने का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुसंधान/प्रेस्क्रिप्शन संलग्न
1.	Diagnosis - RE - T.M.S.C. IE - T.M.S.C.
2.	Surgery RE - Phaco + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त क्या है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED से प्राप्त सहायता राशि
1.	Venu	

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 कबल यह कि इस प्रमाण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मेरे द्वारा जो सहायता यदि "कौशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रमाण में कहा गया है।

3) मैं यहाँ पर कबल यह कि जिस सहायता हेतु यह प्रमाण की जा रहा है, उस राशि का उपयोग या सहायता किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में ली जा।

T) 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-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 fulfillment of the "purpose" for which assistance is being requested.

(3) इस प्रकार यह अपने स्वयंसाधन का अंगरेजी का प्रारम्भिक, नै (आधुनिक) अंगरेजी साहित्य की बुद्धि का है। यह "कोलिका काटरीका और उसके गायत्री" को अधिकृत करता है कि वेरा नम, का, कोली और जो विचार इस प्रकार में कोलिका है, इसे "कोलिका" हक्य न्यासी, राज, कायकाया दूसरे उद्देश्य से मुझे गतिविधियों और उपलब्धियों को सिने सिने भी प्रसार कायकाय से प्रसारित करने को लिए अधिकृत है। यह प्रकार का विचार भी स्वयंसाधन के अंगरेजी का नम है। यह नै कायरी के लिए "कोलिका काटरीका" न न्यासी अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hosopi/s) hereby affirm & accept following:

इससे अतिरिक्त, हमेशा की ओर से सामंजस्यकारी को "कोशिका आवाजों" से विविध बनाया है, जिसकी ओर जारी है, जिसे हम (हमself) विभिन्न प्रकार के साथ-साथ के साथ-साथ करते हैं।

2. "कॉलिका फायनॅल" के ली पर अज्ञात केंद्रित विधि प्रकृति की है। ऐसी पर इन्फाल्ट इस पी पर मजबूत कि किले पर उपका/प्रिया का मुकाबले ऐसी पर इन्फाल्ट के बीच का विषय है और "कॉलिका फायनॅल" इस किसी प्रकाश का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिये इन्फाल्ट में ऐसी के प्रभाव मुकाबले और जल जल को जल की विन्नेटरी ऐसी पर इन्फाल्ट को ऐसी और "कॉलिका" को कोई प्रिया का विन्नेटरी इस प्रभाव में नहीं होती।

स्वीकृती वॉ लिप्य संस्थान

DR. WANGCHUK DOMA

(Name of Dr. & Referral Hospital Stamp)

VERU EXS INSTITUTE & RESEARCH CENTRE

† Sheikh Sargul shesargul@gmail.com

DB INTERNAL USE

DR. ABUSHEK B. DAGAR

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory)

on behalf of Hospital

VENUE: EYE HOSPITAL, 1100 W. WASHINGTON ST., CHICAGO, ILL. 60607

1/31. Sheikh Saïd International W.

NEW YORK, N.Y. - 110017

SIGNATURE of TRUSTEE 1

भारतीय इतिहास १

SIGNATURE of TRUSTEE 2

2000