

C18/12/009/

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika
Foundation
Building Block of life.

APPLICATION No.:

A/1218/0626

APPLICATION DATE:

11/12/18

आवेदन संख्या:

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT:

Hojara

AGE-YEARS आयु-वर्ष

50

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

Wafar

पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Village - Harisana, Teh. - Laxmangarh.

Dist - Jalandhar, Punjab

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

as above

Pre-op - Post-op:
0626 Hojara

OCCUPATION:

Labourer

व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

50000

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न) NA

PAN No. स्थायी आयकर संख्या

NA

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

Yes/No

हाँ/नहीं

आयकर आयकर का दाता है (जो लागू हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

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
1	UMARDEEN	20	M	Son
2	FARAZU	25	M	Son
3	SALVIN	20	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) लाभकारी रेशन कार्ड की प्रतिलिपि प्रस्तुत करें (प्रत्यक्ष पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आयु वर्ग आधारित 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 साक्ष्य
--	---	---	--

PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे मदद मिलनी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आपत्तिका/प्रीस्क्रिप्शन से जुड़ी की गई प्रमाणित प्रतिलिपि संलग्न
1	Diagnosis - RT - IMSC LE - IMSC
2	Surgery - RT - STCS + JOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME *PURPOSE* from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त पत्र है?

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

DECLARATION by APPLICANT: (SEE PAGE 94)

- 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 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 चाहूँ कि इस प्रश्न में लिखे गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य अथवा असत्य पाया जाता है तो मेरी सम्पूर्ण निवेदन को खारिज कर दिया जा सकता है।
- 2) मैं यहाँ पर बताना चाहता हूँ कि "उद्देश्य" के अन्तर्गत, जो मैंने उल्लेख किया है, केवल उद्देश्य ही मेरे द्वारा प्राप्त की जाने वाली सहायता का उपयोग करने के लिए किया जाएगा, जिसके लिए मैंने इस प्रश्न में मदद मांगी है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना चाहता हूँ कि मैं किसी अन्य स्रोत से या भविष्य में कभी भी इस मदद के पूर्ण या आंशिक रूप में वापस नहीं लेऊंगा और न ही किसी अन्य व्यक्ति को इस मदद का उपयोग करने की अनुमति दूंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अभिप्रेत १२० नमूना)

- 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/put-spread/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 Koshila Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस दस्तावे में अपने हस्ताक्षर के अंशों की एक प्रतिलिपि, मैं (अर्थात्) अपनी पहचान की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिला फाउंडेशन और उसके सदस्यों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और वे विवरण इस दस्तावे में उल्लिखित हैं, इसे "कोशिला" द्वारा प्रसारित, प्रकाशित, प्रकाशक द्वारा प्रसारित से कुछी प्रतिनिधित्व और उल्लिखितों के बिना किसी भी प्रकार सम्मान से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। वे दस्तावे में विवरण को प्रसारण के अंशों के अंश के अंश के लिए "कोशिला फाउंडेशन" व उसके अधिकृत हैं।
- 2) मैं (अर्थात्) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना हस्ताक्षर के प्रसारित से अधिकृत हैं मुझे पता: प्रकाशक का सम्मान जो करता इस सम्मान में "कोशिला" द्वारा उल्लिखित उल्लिखितों का निर्देश अधिक और सम्माननीय होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अपेक्षा के कारण वे अंग्रेजी का विरोध



AGREEMENT BY HOSPITAL (SIGN BY NRO)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) 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 its right to make up the shortfall from another NGO or any other source. This confirmation essentially states 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इसी अधिकार का उपयोग करी और वे सत्यमेव जयते को "कॉपीराइट फायरवॉल" के जिकिर कागजात पर लिखावट करी करी है, जिसे इन (इन्फो) फिल प्रकाश के नाम से स्वीकार करी है।

- 1) यह कि न तो अधिका और न ही अधिक में निहित सामान्य किसी भी सामग्री संग्रहण या किसी अन्य स्थल से उच्च ऐतिहासिकी में होने या हो गई है, जैसे कि इनके "कोरिथस फाउन्डेशन" से सिम्बॉलिक/निर्मित रक्त के सम्बन्ध में "कोरिथस फाउन्डेशन" द्वारा गहरा हेतु कि है। यदि "कोरिथस फाउन्डेशन" द्वारा सामान्य किसी प्रतीक/प्रमाण हेतु प्रमाण नहीं किया जाता है तो समस्त किसी अन्य भी प्रस्तावी संस्था या किसी अन्य संग्रहण से सामान्य होने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा जात है कि समस्त ऐतिहासिक गहरा उच्च ऐतिहासिकी हेतु किसी भी सामग्री संग्रहण या किसी अन्य संग्रहण से नहीं लेना/लेना।
2. "कोरिथस फाउन्डेशन" के भी यह सामान्य संकेत निहित प्रमाणों में है। ऐसी या इसप्रकार द्वारा ही यह सामान्य या किसी भी संग्रह/प्रमाण या प्रमाण होने एवं इसप्रकार के बीच का विषय है और "कोरिथस फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रमाण का कोई प्रमाण नहीं है। इसीप्रकार इसप्रकार में ऐसी ही इसप्रकार प्रमाण और गहरा होने की सभी विषयों/ऐसी प्रमाणों/इसप्रकार की प्रमाणों और "कोरिथस" की कोई अधिकार या विषय/ऐसी प्रमाणों में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

इसी पंथी में गिरा संतराति

Dr. Dharm Singh

MS (OPHTHAL)

Reg. No.-028084

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

हस्ताक्षर का नाम व सम्बन्ध व पद, न.

1. WASSER

Administrator

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory
on behalf of Hospital)

આમ જો આપણને સમજાવવામાં આવે કે આપણે આપણી જાતને સુધારવાની જરૂર છે, તો આપણે આપણી જાતને સુધારવાની જરૂર છે.

काल में पर, इसका अर्थ है अधिक

FOR INTERNAL USE of KOSHYA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE:

संजीवनी

SIGNATURE of TRUSTEE 2

ज्यागी इभायल ३

Defendant

sent