

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्राप्ति(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)C181210233
Koshika
foundation
Building Block of lifeAPPLICATION No.:
आवेदन संख्या:

12/12/18 | 0669

APPLICATION DATE: 27/12/18
आवेदन तिथि:NAME of APPLICANT: Dharmpal
आवेदन करने वाले का नाम:AGE-YEARS वय-वर्ष: 62
SEX लिंग: MFATHER'S/HUSBAND'S NAME: Nathu Ram
पिता/जीवन साक्षी का नाम:

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वास स्थान पत्र

Village - गांव: Krishnagar, Distt. - ज़िला: Kishangarh, Distt. - राज्य: Punjab

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: वास स्थान पत्र
पिता का वास स्थान पत्रPlace of Birth: पर्याय
0669 DharmpalOCCUPATION: Labourer
काम करने वाला

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: ₹ 5,000
कूल वार्षिक वात(Attach Proof of Income)
(वात का साहद चलाना)

PAN No. पान नंबर: TUVJ

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE? (Tick whichever is applicable):
मम आप वात का योगी है (जो जन्म हो तो आप आप निशान साक्षी)Tax / No.
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS: परिवार के बारे में

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदन के साथ सम्बन्ध
1.	Poonam	28	F	Daughter
2.	Bharti	25	F	II

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable):
सहायता के लिए विवरित आधार:

BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साधा
गरीबी रेखा के पासे इमान वाले (इमान वाले की साथ ही सेतान वाले)	मानव अधिकारी इमान वाले (इमान वाले की साथ ही सेतान वाले)	राजस्वकारी वाले (इमान वाले की साथ ही सेतान वाले)	

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

महाराजा हेतु किये गये विवरी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached: अस्पताल/दौकान से जारी की गई भवित्वेत सूची फॉर्म
1.	Diagnosis — RC-TMSC LC-TMSC
2.	Surgery — LC-SCT-LDL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता किसी आय स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जीवि रूप सहायता राशि
1.	SCCH	

DECLARATION by APPLICANT: नियमित द्वारा लिखा गया:

- 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.
- 4) मैं बताता हूँ कि मैं जल्दी से भवित्व के अनुकूल एवं उपयोगी हूँ। मैं इसे विशेष रूप से बताता हूँ कि मैं नियमित रूप से जल्दी से भवित्व के अनुकूल एवं उपयोगी हूँ।
- 5) मैं इसे बताता हूँ कि "कोशिका प्राप्तिकरण", मैं जल्दी से भवित्व के अनुकूल एवं उपयोगी हूँ। जल्दी से भवित्व के अनुकूल एवं उपयोगी हूँ।
- 6) मैं युवा हूँ एवं इसे बताता हूँ कि मैं जल्दी से भवित्व के अनुकूल एवं उपयोगी हूँ। जल्दी से भवित्व के अनुकूल एवं उपयोगी हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT: (नियमित द्वारा लिखा)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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.
- 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 Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.
- 3) इस प्रकार मैं अपने जानकारी के संहिता की जागत वापर, मैं (नियमित) जल्दी से भवित्व के अनुकूल एवं उपयोगी हूँ एवं "कोशिका प्राप्तिकरण" को अनुकूल एवं उपयोगी हूँ। जल्दी से भवित्व के अनुकूल एवं उपयोगी हूँ। जल्दी से भवित्व के अनुकूल एवं उपयोगी हूँ।
- 4) मैं (नियमित) इस जाति के लिए जल्दी से भवित्व के अनुकूल एवं उपयोगी हूँ। जल्दी से भवित्व के अनुकूल एवं उपयोगी हूँ। जल्दी से भवित्व के अनुकूल एवं उपयोगी हूँ।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अधिकारी के जानकारी को लिखा

Dr. Dhan Singh

AGREEMENT by HOSPITAL: (इन्हाँ द्वारा लिखा)

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 causes 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 this matter.

- 3) इसी अनुसूति, इसकी जीवन से जुड़ी कोई विवरण या जानकारी नहीं है, जो इस (जानकारी) द्वारा जाति के अनुकूल एवं उपयोगी है।
- 4) यह जीवन से जुड़ी कोई विवरण या जानकारी नहीं है, जो इसी जाति के अनुकूल एवं उपयोगी है। यह जीवन से जुड़ी कोई विवरण या जानकारी नहीं है, जो इसी जाति के अनुकूल एवं उपयोगी है। यह जीवन से जुड़ी कोई विवरण या जानकारी नहीं है, जो इसी जाति के अनुकूल एवं उपयोगी है।
- 5) "कोशिका प्राप्तिकरण" के लिए जानकारी की जांच की जाती है। ऐसी जानकारी का लिए जानकारी की जांच की जाती है। ऐसी जानकारी की जांच की जाती है। ऐसी जानकारी की जांच की जाती है।
- 6) "कोशिका प्राप्तिकरण" के लिए जानकारी की जांच की जाती है। ऐसी जानकारी की जांच की जाती है। ऐसी जानकारी की जांच की जाती है। ऐसी जानकारी की जांच की जाती है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE:

Dr. Dhan Singh

✓ MASSEY

Date of Surgery जानकारी की तिथि 29/12/18	MS (OPHTHAL) Reg. No.-028084 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) श्री डॉ. धन सिंह एवं नंबर 028084	Administrator Dr. Shroffs Eye Hospital, Alivu (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) जीवन से जुड़ी अनुकूल एवं उपयोगी जानकारी की जांच की जाती है।
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHICA FOUNDATION

जानकारी के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नियमित द्वारा	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नियमित द्वारा