

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवंटन भरन्ना

(Healthcare)

(सम्प्राणम् वैष्णवम्)

APPLICATION NO. आवेदन संख्या : V/1218/6931	APPLICATION DATE आवेदन तिथि : 17/12/18			
NAME OF APPLICANT आवेदक का नाम : Munni Devi	AGE-YEARS वय-वर्ष : 68			
FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/स्त्री का नाम : D/o - Loppal Singh	SEX लिंग : F			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS सम्बन्धित वास स्थान : Sahpur, Jh-S-Satnabad				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : सम्बन्धित वास स्थान : Same as above				
(093) Munni Devi				
OCCUPATION व्यवसाय : House wife	MARRIED (जिवित) / UNMARRIED (अविवाहित) : MARRIED (जिवित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक वर्ष : NA	(Attach Proof of Income) (आवाद के सहित संलग्न) : NA			
PAN No. वार्षीय संख्या : ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE? (Tick whichever is applicable) जब भी यह वार्षीय वर्ष में उस वर्ष का अधिकारी था तो चाकू लगाएँ। Yes / No हाँ / नहीं ✓				
FAMILY DETAILS घरीबार विवरण				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member घरीबार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के बीच सम्बन्ध
1.	Doodh Singh	40	M	Husband
2.	Dharam Singh	40	F	Daughter
3.	Shivam	36	M	Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) आवाद के लिए विभिन्न आधार :				
BPL Card (Attach Card Copy) आर्टीबी लेटर के साथ प्रमाण पत्र (इसके पास इसी परीक्षा की संख्या लिखें) :	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) इलैटीएस कार्ड का प्रमाण पत्र (इसके पास इसी परीक्षा की संख्या लिखें) :	Ration Card (Attach Copy) इपीसीएस कार्ड (इसके पास इसी परीक्षा की संख्या लिखें) :	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE आवाद के लिए योग्य विधी का उद्देश्य :				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल दस्तावेज़ से यारी की वजूद प्रत्येक स्थृति संलग्न			
	RA - TMAC			
	LF - TMAC			
	Surgery - LF SICK + TOL			
ASSISTANCE BEING AVALIABLE for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता दिलाई जानी चाही तो यहां से लिख दीजिए :				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALIABLE हाँ गई सहायता राशि	
1.	SCSH			

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा की:

AGREEMENT by APPLICANT (initials or stamp)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/public/put-on/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 its activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfilment of the "purpose" for which assistance is being required.

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.

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

APPENDIX 2: BROWNSVILLE, TEXAS

三-九

AGREEMENT by HOSPITAL (HOSPITAL SIGNATURE)

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

- (Hospital) hereby inform & accept, knowing:-
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 it's 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

यह अधिकार विभवी की ओर से उपलब्धियों का "विभवित विवरण" से विभव विभव के विवरण की जाती है, जिस प्रकार से यह न लेखकार कहते हैं:

- 11) यह कि न ही अधिकार वैर से अधिकार के लिए उपलब्ध किया गया था। अधिकारी अधिकार या किसी अन्य संसद द्वारा दीर्घायते ही नहीं जाता रहता है।

“होमियो वायरेसिस” के लिए गृह संस्कार बंक नियम प्रदूषित होती है। ऐसी जन संस्कार द्वारा लिये गये उत्तमरक्षण का नुसार एक शुद्ध संस्कार

के बीच का विभाग है और "वॉल्युम वाल्युम-डेस्ट्रेस" प्राप्त विभाग जो कोई स्थान नहीं है। इसमें दृष्टिकोण में सूने से इनका युग्म है और जो उनकी स्थानिक विभाग है।

वह एक व्यक्ति है जो "जीवनशास्त्र" के सभी धृतियां व विपरीतीय इस व्यापार में लगी हुयी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
अनुमती के लिए संभाग

Date of Surgery

Dr. Ashwini Kumar

MBBS.MS-FICQ
Req. No. 66026

130

Date (Name of Dt. & Regn. No. with Stamp)
Date दिनांक का साल व रजिस्ट्रेशन नं. संग्रह अ.

FOR INTERNAL USE OF KOSHIIKA FOUNDATION

(Name, Designation & Stamp of Addressee
on behalf of Hospital)



SIGNATURE of TRUSTEE 2

SIGNATURE of TRUSTEE 1

• 100 •

Safary

8-12

— 10 —

Scire