

C10120316

## **APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**

संसाधन इंस्टीट्यूट ऑफ आर्किटेक्चर

### (Healthcare)

(सामाजिक दैरपुस्तक)

APPLICATION NO. ✓ 1210 / 0938  
SERIAL DATE:

APPLICATION DATE | १४ | १२ | १६

**NAME OF APPLICANT:**

Shakuntala

DE-YEARS 期別-年

FATHER'S/HUSBAND'S NAME  
पिता/जनकी का नाम

D/a - chīrānji لام

PRESENT RESIDENCE ADDRESS \_\_\_\_\_

Nagla Sirji, Teh- Ahmadpur

-1- 144 → Asia , 17-P.28320

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : असे लकड़ीम पर

Digitized by srujanika@gmail.com

### Exercise 6A: Above

**OCCUPATION:**

House wife

MARiners (Marine) / UNMARines (Marine)

**TOTAL ANNUAL INCOME**

370

(Attach Proof of Income)

ANSWER

**ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSSEE? (Check whichever is applicable)**

Yin / Hu  
303

**BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)**

BPL Card (Attach Card Copy) गवर्नमेंट रोज़ा को जीर्दे प्रमाण पत्र (इकाई वाले वाले संस्करण करें।)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) जल्द इकाई वाले इकाई पत्र (प्रमाण पत्र की ओर से जीर्दे संस्करण करें।)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता बाट (इकाई पत्र की ओर से जीर्दे संस्करण करें।)	Any Other Basis/Proof इन कोई वाइज़
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached जनरल/डॉक्टर से लाई की गई डिजिटल सूची में
	RF - Tm&C
	LE - MSC
	Surgery - (LE) Sics + Tol

**ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES**  
को अन्य किसी से एक ही उद्देश्य के लिए विभिन्न स्रोतों से लिया गया है?

S. No. क्रम संख्या	NAME OF OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT OF ASSISTANCE BEING AVAILED उपलब्ध सहायता की मात्रा
4.	SCENI	

**DECLARATION by APPLICANT:** अप्लिकेशन द्वारा

- 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 cancellation.

2) I solemnly confirm that assistance, if received from Kastika 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) मेरी सहायता है कि इस फॉर्म में दिए गये सभी विवरण वेर्टु अकस्तिकी भौमिका पर्याप्त सही हैं। ऐसे कोई विवरण एवं प्रधान आवश्यक पापा जला है जो यही सहायता विभाग की ओर से मिला जाएगा।

(2) मेरी सहायता की "अनिवार्यता" यही नहीं है, कि आपका उपरोक्त नाम इंग्रजी भाषा में दिया गया वर्णन, जो इस प्रकाश में पाया जाएगा है।

(3) मेरी सहायता है कि इस नामांकन है कि यह सहायता की तरफ से उपरोक्त विभाग वा क्षेत्रीय विभाग या कास्तिकी से न हो सकता है जो यही सहायता में दी गई

**AGREEMENT by APPLICANT (申請人 誓約)**

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print/replicate 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 fulfilment 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.

1) इस प्रकाशन के लिए को काम आएगा, मैं (लेफ्टर) अपनी समीक्षा की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन एवं उसके ट्रस्टीज़" को नियम वाला (कि यह वाला भी ही न होता) या वाला जैसा नहीं है, कि "कोशिका" दूष, बदले, दूर, व्यवसाय एवं उचित उद्देश्य से युक्ती संस्थाओं एवं समाजिकों द्वारा विद्यमान वाली व्यवसाय की विज्ञानीय विधि का विवरण देता है ताकि वहाँ का वापसी के लिए विकास की विधि को विद्यमान वाली व्यवसाय की विज्ञानीय विधि के लिए उपयुक्त हो। मैं इस का विवरण देता हूँ कि वहाँ का वापसी के लिए "कोशिका फाउंडेशन" का वापसी अधिकृत है।

2) मैं (लेफ्टर) यह वाले नहीं हूँ कि यह वाला, या, यहाँ वाले विषय के वापसी के उद्दीप्ति की युक्ति वाला, वापसी का वापसी की वापसी या वापसी के "विकास" वाले वापसी की वापसी वाले विषय की वापसी।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

第二章 計算機應用



AGREEMENT by HOSPITAL (Signature or WTC)

By affixing thereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case patient for financial assistance from Koshika Foundation, we  
hereby affirm & accept following:



RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

सारी जगती के प्रिय मंदिरों

(Name, Designation & Stamp of Authorised Person to be used on behalf of Hospital)  

  
 नम्बर १०८, राजापुरा, मुंबई - ४०००७२  
 अधिकारी का नाम एवं पद : \_\_\_\_\_  
 दस्तावेज़ का संग्रह आवश्यक है।

Date of Surgery अंडेसा की तिथि	<b>Dr. Ashwini Kumar</b> MBBS MS FICO Reg. No. 66028 <i>[Stamp]</i>	(Name, Designation & Stamp of Authorized Physician on behalf of Hospital) नाम व पद सहित अधिकारी के द्वारा दिया गया
18   12   18	Date _____ मुद्रा का नाम व तिथि का दर्शा	

FOR INTERNAL USE OF VANDERKAM FOUNDATION

प्राचीन राज्यों का

SIGNATURE of TRUSTEE 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
नामी व्यक्ति 2

Saxony

Si VB