

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य सेवाएँ)	 Building block of life		
APPLICATION NO.: आवेदन संख्या:	KJ1248   1859	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि:			10/12/18
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम:	CHANCHALA DHAL	AGE-YEARS वय-वर्ष:	68	SEX लिंग:	F.
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/स्त्री का नाम:		BISHNU PADA DHAL		 	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान स्थायी ठाना <b>PANDEPUR PASCHIM PARA CHOURA KHALI PARASTI SOUTH 24 PARGANAS नवलपाटा बैक परस्ती</b> PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: अस्ति व्यापारी ठाना <b>- AS ABOVE -</b>					
OCCUPATION: पेशी:	HOUSE WIFE.		<input checked="" type="checkbox"/> MARRIED (प्रधीर) / UNMARRIED (अधीर)		
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक विधि:	NIL		(Attach Proof of Income) (जब्त का संपर्क स्रोत)		
PAN No. पानी का संख्या: ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE? (Tick whichever is applicable): क्या आप जब्त का यह है? (जो जब्त ही उस पर लाभ का वित्तीय स्रोत है)					
Yes / No हाँ / नहीं					
FAMILY DETAILS: परिवार विवरण					
Sl. No. संख्या	Name of Family Member परिवार में सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध	
1.	CHANCHALA DHAL	68	F	WIFE	
2.	BISHNU PADA DHAL	55	M	HUSBAND	
3.	ANIL DHAL	24	M	SON	
4.	ANKY DHAL	20	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) आवेदन हेतु लिखी गई विधि					
SPL Card (Attach Card Copy) एसपीएल कार्ड की तिथि वाली जाति का वित्तीय स्रोत	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एसएस कार्ड का वित्तीय स्रोत (उपर वाली जाति का वित्तीय स्रोत)	Ration Card (Attach Copy) राशन कार्ड (उपर वाली जाति का वित्तीय स्रोत)	Any Other Basis/Proof अन्य कार्डी वित्तीय स्रोत		
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: आवेदन हेतु लिखी गई उद्देश्य:					
Sl. No. संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आवासानिकों से जीवी वीची वित्तीय स्रोत संबंधी अन्य वित्तीय स्रोतों का उल्लेख:				
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE -				
2.	SURGERY - RE (SICSTRO)				
ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के लिए अन्य स्रोतों द्वारा लियी गई वित्तीय स्रोतों की जांच की जाएगी?					
Sl. No. संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोतों का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALIED वित्तीय स्रोतों का वित्तीय मात्रा		

DECLARATION by APPLICANT: 我宣稱此乃真話

- 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 Kshetra 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 donor/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.

4) मे अपनी जानकारी के अनुसार यह आवेदन का विवरण सत्य है। यह आवेदन का विवरण को किसी भी तरह बदला नहीं किया जा सकता।

5) मे इस अपनी जानकारी को "किसी भी तरह बदला नहीं किया जा सकता।" के अनुसार यह आवेदन का विवरण सत्य है।

6) मे इस अपनी जानकारी को "किसी भी तरह बदला नहीं किया जा सकता।" के अनुसार यह आवेदन का विवरण सत्य है।

AGREEMENT by APPLICANT (check all boxes)



APPLICANT'S SIGNATURE OR LIPT TWINS IMPRESSION:

जिसकी विवरणीयता देखें।



AGREEMENT by Hospital (Name \_\_\_\_\_)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (hereinafter) hereto affirm & swear as follows:-

- 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 this matter.

जानकी अनुभव की विवरणों के अनुसार, उन्होंने एक बड़ा गुप्त विद्युत विभाग की सेवा की।

- 17) यह विषय से चर्चित होता है कि यह विषय में विभिन्न प्राचीन विद्यों की समस्तीकरण का विवेद अवश्य होता है तथा विविधताएँ होती हैं जो यह है, जैसे कि इनमें "वैदिक वाचविद्या" व विश्वामित्रियों द्वारा की प्राचीन विद्या व "वैदिक वाचविद्या" द्वारा प्राचीन विद्या विश्वामित्रियों द्वारा की प्राचीन विद्या है तथा विद्या अवश्य अप्राचीन विद्या की विद्या है। इन विद्याओं की विद्या अप्राचीन विद्या की विद्या है।



#### **RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

西周青铜器

FOR INTERNAL USE OF KOSHKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी रक्षणा ।	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी रक्षणा ।
---	---