

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
महायता हेतु आवेदन प्रारूप**

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देशभाषा)

Koshika
foundation

APPLICATION NO.: KI 12181832

APPLICATION DATE : 11/12/19

NAME of APPLICANT : BHARATI GHARI

AGE-YEARS 60-74 SEX f/m

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: HAZARI MANUBI

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 1087 BANGALORE HIGHWAY, PALLAVARAM,
CHENNAI - 600 090, TAMIL NADU, INDIA.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: 300 30th St., Suite 100

- As Amigos

MARRIED (check) / UNMARRIED (check)

(Attach Proof of Income)

OCCUPATION: HOME WORK

Yes / No

卷之三

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

BPL Card (Attach Card Copy) बीपीएल के लिये प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ ही छात्रवृत्ति संतुलन करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) जन कार्य की प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ ही छात्रवृत्ति संतुलन करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ ही छात्रवृत्ति संतुलन करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कार्य सामग्री
---	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

Dr. No. प्रम. संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अपनी/टीवर से आई की गई रिपोर्ट व प्राप्ति संलग्न
1.	DIAGNOSIS - <i>CARTILAGE - R.</i>
2.	SURGERY - R (GICSI 706)

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
अन्य स्रोतों से उसी उद्देश्य के लिए मद्दत प्राप्त की जा रही है?

DECLARATION by APPLICANT: मेरी दस्तावेज़ यह

- 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 Koahika 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.

(i) ਇਹ ਵਾਸਤੇ ਕਿਸੇ ਭਾਵ ਵਿਖੇ ਨਹੀਂ ਦਿੱਤੇ ਜਾਣ ਵਾਲੇ ਅੰਮਰ ਮੁਹੱਲ ਵਿਖੇ ਸ਼ਾਮਲ ਨਹੀਂ ਹੈ ਅਤੇ ਜਿਥੋਂ ਵਿਖੇ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੇ ਗਏ ਸਾਡੇ ਵਾਲੇ ਮੁਹੱਲ ਵਿਖੇ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਨਹੀਂ ਹੈ।

(ii) ਜੇ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੇ ਗਏ ਮੁਹੱਲ ਵਿਖੇ "ਜ਼ਿੰਦਗੀ ਪਾਸਨਾਮਾ", ਜੇ ਕਿ ਜਾ ਚੁੱਕੇ ਹੋ ਰਹੇ ਹਨ, ਤਾਂਤੇ ਆਉਣ ਵਾਲੇ ਮੁਹੱਲ ਵਿਖੇ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਨਹੀਂ ਹੈ ਅਤੇ ਜ਼ਿੰਦਗੀ ਪਾਸਨਾਮਾ ਵਿਖੇ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਨਹੀਂ ਹੈ।

(iii) ਜੇ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੇ ਗਏ ਮੁਹੱਲ ਵਿਖੇ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਤਾਂਤੇ ਆਉਣ ਵਾਲੇ ਮੁਹੱਲ ਵਿਖੇ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਨਹੀਂ ਹੈ।

AGREEMENT by APPLICANT (with the WHO)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publicise/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 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 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) यह राज पर सभी क्रमांक व लंबी भी काम नहीं हैं। (अपेक्षा) जारी करने की योग्य काम (जैसे "विद्यालय बालों की उत्तर जारी करें" वा अधिकार वाले की दोषों का विचार एवं विवरण देने में विशेष है, या "विद्यालय" एवं जारी, या, विद्यालय युवा योग्यता के लिए विशेष विवरण देने की विधि में काम करना वा योग्यता के लिए विवरण है) में इसका उत्तर या उत्तर के बारे में काम (जैसे "विद्यालय बालों की उत्तर जारी करें" वा अधिकार वाले की दोषों का विचार एवं विवरण देने में विशेष है, या "विद्यालय" एवं जारी, या, विद्यालय युवा योग्यता के लिए विशेष विवरण देने की विधि में काम करना वा योग्यता के लिए विवरण है) में इसका उत्तर या उत्तर के बारे में काम (जैसे "विद्यालय बालों की उत्तर जारी करें" वा अधिकार वाले की दोषों का विचार एवं विवरण देने में विशेष है, या "विद्यालय" एवं जारी, या, विद्यालय युवा योग्यता के लिए विशेष विवरण देने की विधि में काम करना वा योग्यता के लिए विवरण है)।

2) मैं (अपेक्षा) यह काम के बारे में काम (जैसे "विद्यालय बालों की उत्तर जारी करें" वा अधिकार वाले की दोषों का विचार एवं विवरण देने में विशेष है, या "विद्यालय" एवं जारी, या, विद्यालय युवा योग्यता के लिए विशेष विवरण देने की विधि में काम करना वा योग्यता के लिए विवरण है) के बारे में काम (जैसे "विद्यालय बालों की उत्तर जारी करें" वा अधिकार वाले की दोषों का विचार एवं विवरण देने में विशेष है, या "विद्यालय" एवं जारी, या, विद्यालय युवा योग्यता के लिए विशेष विवरण देने की विधि में काम करना वा योग्यता के लिए विवरण है) के बारे में काम (जैसे "विद्यालय बालों की उत्तर जारी करें" वा अधिकार वाले की दोषों का विचार एवं विवरण देने में विशेष है, या "विद्यालय" एवं जारी, या, विद्यालय युवा योग्यता के लिए विशेष विवरण देने की विधि में काम करना वा योग्यता के लिए विवरण है)।

APPLY LEARNED KNOWLEDGE ON LEVEE THINNING INFLUENCE ON

and the other is the same as the former.



AGREEMENT by HOSPITAL (Type or Print)

By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Kusikis 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 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 regard.

وَالْمُؤْمِنُونَ الَّذِينَ إِذَا نَهَيْتُمُوهُنَّ مُلْتَكِرُونَ إِذَا أَتَيْتُمُوهُنَّ مُنْتَهَكُونَ

2. "सीरियस प्राइवेटर्स" ने भी एक समाज सेवा वित्ती रूपी हो। ऐसी या समाज द्वारा एक समाज का वित्ती या समाजप्रतिक्रिया का युक्त एवं एक समाज में सीधा या वित्ती ही है। "सीरियस प्राइवेटर्स" द्वारा वित्ती युक्त या अद्यता युक्त हो। यहाँने समाज में उत्तीर्ण युक्त और अद्यता युक्त या यहाँने वित्ती युक्त समाज में उत्तीर्ण हो।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Date of Surgery अंतिम दिन तिथि	Dr. K. Ghosh M.D., D.O., D.N.B., F.R.C.S. (Name of Dr. & Regd. No. with Stamp) कल्पना वाला अस्पताल के पास	Gupta Shubhankar Bagchi (Name, Designation & Signature of Authorized Signatory) Sumantra Ghosh, Director, Sumantra Ghosh Research Centre गुरु एवं संस्थान वैदिक विज्ञानी
-----------------------------------	---	--

FOR INTERNAL USE OF KOENIGS FOUNDATION REF ID: 2018-01

SIGNATURE of TRUSTEE 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
John Doe, Jr.

Safary

Eric