

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्राक्षय(Healthcare)
(रक्ताम्ब रोगप्रत)APPLICATION NO.: 41124211881
संदर्भ संख्या :APPLICATION DATE: 11/12/18
माह दिन महीनNAME OF APPLICANT:
आवेदक का नाम : HARADHAN GANGULIAGE-YEARS वर्ष-वर्ष
65 वर्षFATHER/SPOUSE'S NAME:
पितृ/स्त्री का नाम : PANCHANAN GANGULIPRESENT RESIDENCE ADDRESS: प्रवास स्थान का
पर्याप्त प्राचीन निवास स्थान
पर्याप्त प्राचीन निवास स्थान
92, BALASAT MUNICIPALITY, NITHI '24
PARAGANIC, DISTRICT ISLAMABAD.PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : प्रवास स्थान का
पर्याप्त प्राचीन निवास स्थान

- AS ABOVE -

Koshika
Foundation
Building Block of LifeOCCUPATION:
पेशी

UNEMPLOYED

MARRIED (छोड़) / UNMARRIED (अलौहि)

TOTAL ANNUAL INCOME:
प्रति वर्षीय आय

NIL

(Attach Proof of Income)
(प्रति वर्षीय आय का दоказान)

PAN No. जनरल वाले संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE? (Tick whichever is applicable):
प्रति वर्षीय आय का टैक्स भरने का योग्य है (यो या यही तथा पांच साल पर्याप्त)Yes / जैसे
No / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. इन संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant परिवार के सदस्य का व्यवधान
1.	HARADHAN GANGULI	65	M	FATHER - पितृ
2.	CHEERALI GANGULI	52	F	MOTHER - मातृ
3.	ASHA KUMARI GANGULI	28	M	SISTER - बहन
4.	BITIKA GANGULI	25	M	SON - पुत्र

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए निवारी व्यवधान

BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई व्यवधान
गोदी रोजा के लिए दूषण पर (दूषण पर की जाए गई सोना को)	आवास की इच्छा पर (इच्छा पर की जाए गई सोना को)	उपभोक्ता कार्ड (उपभोक्ता की जाए गई सोना को)	

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु लिखे गए निवारी का उद्देश्य:

Sr. No. इन संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached मर्यादावादी में जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न		
1.	Diagnosis - CATARACT - 1 E.		
2.	Surgeon - 1 (SICKERD)		

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के लिए अन्य साहाय्य भी प्राप्त की जाए गयी है?

Sr. No. इन संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य सोसायटी का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED लिए गए साहाय्य रकम

DECLARATION by APPLICANT: ਅਨੱਤ ਦੂਜੇ ਵੇਖਣ ਵਾਲੇ ਵਿਚੋਂ

- 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 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) ਜੇ ਮੈਂਕੁਝ ਦੁਜੇ ਵੇਖਣ ਵਿਚੋਂ ਹੀ ਆਪਣੇ ਨੂੰ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰਾਉਣ ਵਾਲੀ ਹੈ ਤਾਂ ਤੋਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੇ ਗਏ ਹਥਾਵਾਲੇ ਵਿਚੋਂ ਵੱਡੇ ਪੈਸ਼ ਕਰਾਉਣ ਵਾਲੇ ਹੈਂ ਜੇ ਤੋਂ ਕੋਈ ਫਿਰੌ ਕੀ ਜਾਵੇ ਹੈ।
- 5) ਹੀ ਹੋਰ ਵੇਖਣ ਵਿਚੋਂ "ਕੋਸ਼ਿਕਾ ਪਾਰਿਆਲ", ਜੇ ਹੀ ਹੈ ਕਿ, ਜਾਨ ਅਤੇ ਜੋ ਸੀਮਾ ਦੀ ਗੁਰੂ ਵੇਖਣ ਵਿਚੋਂ, ਜੇ ਇਸ ਵਾਲੇ ਵਿਚੋਂ ਵੱਡੇ ਪੈਸ਼ ਕਰਾਉਣ ਵਾਲੇ ਹੈਂ।
- 6) ਜੇ ਗੁਰੂ ਵੇਖਣ ਵਿਚੋਂ ਵੱਡੇ ਪੈਸ਼ ਕੀ ਜਾਂਦੇ ਹੋਣੇ ਵਾਲੇ ਹਨ ਤਾਂ ਕਿਉਂਕਿ ਹੁਣੀ ਸੀਮਾ ਦੀ ਗੁਰੂ ਵੇਖਣ ਵਿਚੋਂ ਵੱਡੇ ਪੈਸ਼ ਕਰਾਉਣ ਵਾਲੇ ਹੈਂ।

AGREEMENT by APPLICANT: ਅਨੱਤ ਦੂਜੇ ਵਿਚੋਂ

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/ publish/ put-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 its 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 is thus regard will be final and acceptable to me.

1) ਇਸ ਤਰ੍ਹਾਂ ਹੀ ਗੁਰੂ ਵੇਖਣ ਵਿਚੋਂ ਦੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋਣਾ, ਜੇ (ਅਰੋਹੀ) ਅਤੇ ਗੁਰੂ ਦੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੀ ਹੋਵੇਗੀ ਕਿ "ਕੋਸ਼ਿਕਾ ਪਾਰਿਆਲ ਦੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋਣੇ ਵਾਲੇ" ਜੇ ਅਨੱਤ ਦੁਜੇ ਵੇਖਣ ਵਿਚੋਂ ਹੀ, ਜੇ "ਕੋਸ਼ਿਕਾ" ਲਈ, ਹੁਣੀ, ਯਾਦ, ਯਾਕਾਦ ਦੁਜੇ ਵੇਖਣ ਵਿਚੋਂ ਵੱਡੇ ਪੈਸ਼ ਕਰਾਉਣ ਵਾਲੇ ਹਨ ਅਤੇ ਜਾਨ ਅਤੇ ਜੋ ਸੀਮਾ ਦੀ ਗੁਰੂ ਵੇਖਣ ਵਿਚੋਂ ਵੱਡੇ ਪੈਸ਼ ਕਰਾਉਣ ਵਾਲੇ ਹਨ।

2) ਹੀ ਅਨੱਤ ਦੁਜੇ ਵੇਖਣ ਵਿਚੋਂ ਦੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋਣੇ ਵਾਲੇ ਹਨ ਤਾਂ ਹੀ ਹੁਣੀ ਸੀਮਾ ਦੀ ਗੁਰੂ ਵੇਖਣ ਵਿਚੋਂ ਵੱਡੇ ਪੈਸ਼ ਕਰਾਉਣ ਵਾਲੇ ਹਨ। ਜਾਨ ਅਤੇ ਜੋ ਸੀਮਾ ਦੀ ਗੁਰੂ ਵੇਖਣ ਵਿਚੋਂ ਵੱਡੇ ਪੈਸ਼ ਕਰਾਉਣ ਵਾਲੇ ਹਨ।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

ਅਨੱਤ ਦੁਜੇ ਵੇਖਣ ਵਿਚੋਂ ਦੀ ਗੁਰੂ ਵੇਖਣ ਵਿਚੋਂ ਦੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋਣੇ ਵਾਲੇ ਹਨ।



AGREEMENT by HOSPITAL: ਅਨੱਤ ਦੂਜੇ ਵਿਚੋਂ

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 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.

ਜਾਨ ਅਨੱਤ, ਅਨੱਤ ਦੁਜੇ ਵੇਖਣ ਵਿਚੋਂ ਦੀ "ਕੋਸ਼ਿਕਾ ਪਾਰਿਆਲ" ਵੇਖਣ ਵਾਲੇ ਦੁਜੇ ਵੇਖਣ ਵਿਚੋਂ ਵੱਡੇ ਪੈਸ਼ ਕਰਾਉਣ ਵਾਲੇ ਹਨ। ਹੀ ਹੁਣੀ ਸੀਮਾ ਦੀ ਗੁਰੂ ਵੇਖਣ ਵਿਚੋਂ ਵੱਡੇ ਪੈਸ਼ ਕਰਾਉਣ ਵਾਲੇ ਹਨ।

1) ਹੀ ਹੁਣੀ ਸੀਮਾ ਦੀ ਗੁਰੂ ਵੇਖਣ ਵਿਚੋਂ ਵੱਡੇ ਪੈਸ਼ ਕਰਾਉਣ ਵਿਚੋਂ ਕਿਉਂਕਿ ਕੋਈ ਅਤੇ ਜੋ ਸੀਮਾ ਦੀ ਗੁਰੂ ਵੇਖਣ ਵਿਚੋਂ ਵੱਡੇ ਪੈਸ਼ ਕਰਾਉਣ ਵਾਲੇ ਹਨ। ਜੇ "ਕੋਸ਼ਿਕਾ ਪਾਰਿਆਲ" ਵੇਖਣ ਵਿਚੋਂ ਵੱਡੇ ਪੈਸ਼ ਕਰਾਉਣ ਵਾਲੇ ਹਨ। ਹੀ ਹੁਣੀ ਸੀਮਾ ਦੀ ਗੁਰੂ ਵੇਖਣ ਵਿਚੋਂ ਵੱਡੇ ਪੈਸ਼ ਕਰਾਉਣ ਵਾਲੇ ਹਨ।

2. "ਕੋਸ਼ਿਕਾ ਪਾਰਿਆਲ" ਵੇਖਣ ਵਿਚੋਂ ਵੱਡੇ ਪੈਸ਼ ਕਰਾਉਣ ਵਾਲੇ ਹਨ। ਹੀ ਹੁਣੀ ਸੀਮਾ ਦੀ ਗੁਰੂ ਵੇਖਣ ਵਿਚੋਂ ਵੱਡੇ ਪੈਸ਼ ਕਰਾਉਣ ਵਾਲੇ ਹਨ। ਜੇ "ਕੋਸ਼ਿਕਾ ਪਾਰਿਆਲ" ਵੇਖਣ ਵਿਚੋਂ ਵੱਡੇ ਪੈਸ਼ ਕਰਾਉਣ ਵਾਲੇ ਹਨ। ਹੀ ਹੁਣੀ ਸੀਮਾ ਦੀ ਗੁਰੂ ਵੇਖਣ ਵਿਚੋਂ ਵੱਡੇ ਪੈਸ਼ ਕਰਾਉਣ ਵਾਲੇ ਹਨ।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
ਅਨੱਤ ਦੁਜੇ ਵੇਖਣ ਵਿਚੋਂ

Date of Surgery
ਅਨੱਤ ਦੁਜੇ ਵੇਖਣ ਵਿਚੋਂ
11/12/18

Dr. K. Ghosh
M.B.B.S, D.O., D.N.B., F.A.C.S.
(Reg. No.: 50971)
(Name, Designation & Regn. No. with Stamp)

Shri: Sankar Bagchi
Director
(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory
on behalf of Hospital)
ਜਾਨ ਅਤੇ ਜੋ ਸੀਮਾ ਦੀ ਗੁਰੂ ਵੇਖਣ ਵਿਚੋਂ ਵੱਡੇ ਪੈਸ਼ ਕਰਾਉਣ ਵਾਲੇ ਹਨ।

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION ਅਨੱਤ ਦੁਜੇ ਵੇਖਣ ਵਿਚੋਂ

SIGNATURE of TRUSTEE 1
ਨਾਮੀ: श्रीमती 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
ਨਾਮੀ: श्रीमतੀ 2