

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रक्रिया		(Healthcare) (स्वास्थ्य सेवाएँ)	Koshika foundation Building Block of Life	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या : VJ19218 1928	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि : 12/12/18	AGE-YEARS वय-वर्ष : 63	SEX लिंग : M.	
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम : AJIT BISHNOI				
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पितृ/स्त्री का नाम : RAMKRISHNA BISHNOI				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान स्थायी पत्ता UAPATI, KANHAIYALIKA BHOJNAGAR DISTT., MADHYA PRADESH 462003 9260776677				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: अस्ति वसायी पत्ता - DR PHILLIPS -				
OCCUPATION: अवस्था : UNEMPLOYED	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (विवाहित नहीं)			
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय : NIL	(Attach Proof of Income) (आय का सब्बा दर्शाना)			
PAN No.: आईटी नंबर संख्या : 				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): आपका जरा कर यात्रा है (जो जाता है उस पर सही का दर्शान करें): Yes / हाँ / नहीं				
FAMILY DETAILS: परिवार विवरण				
Sr. No. संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ कामया
1.	AJIT BISHNOI	63	M	SPOUSE
2.	SUNITA BISHNOI	52	F	WIFE
3.	KRISHNA BISHNOI	29	M	SON
4.	LATHA BISHNOI	15	F	DAUGHTER
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable): आवायत के लिए चिन्हित करें:				
BPL Card (Attach Card/ Copy) एपीएल के लिए प्रधान पत्र (प्रधान पत्र की जावा भी संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एसएस का लिए प्रधान पत्र (प्रधान पत्र की जावा भी संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रधान पत्र की जावा भी संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कार्ड साझा	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: आवायत हेतु लिये गए विवेचन का उद्देश्य: स्वास्थ्य हेतु लिये गए विवेचन का उद्देश्य:				
Sr. No. संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached स्वास्थ्य विवेचन से लिये गए विवेचन से संलग्न			
1.	Cholangitis - Gastroptosis - Le.			
2.	Croh's Le (Gastroptosis)			

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
ਅੱਤੇ ਕੋਈ ਹੋਰ ਸੰਪਰੀ ਵਿਖੇ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਇਸੇ ਲਈ ਦੇਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ?

S.R. No. संख्या संकेत	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED दी जानी वाली सहायता की मात्रा

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा संकेत करते हुए

- 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.

- 1) ये संस्कृत काव्य है जिस प्रकार में लिखा गया था कि वास्तवी में अनुकूल नहीं रहा था। यही योग्य लिखा गया था कि वास्तवी में योग्य वास्तविकता नहीं रही।
- 2) ये द्वारा जैसा कहा गया "स्मृतिकाव्यानुसंधान", जो ही नहीं था, वास्तव उन्होंने इसे लिखा था जो योग्य लिखा जाना, जो इस प्रकार में नहीं रहा।
- 3) ये अपूर्ण काव्य है जिस प्रकार लिखा गया था कि वास्तव उन्होंने इसे लिखा है जो वास्तव में नहीं रहा।

AGREEMENT by APPLICANT (initials or name)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/ publish/post-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 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 प्रकार यह अपने सम्बन्ध व अंतर्गत भी कानून लागत, ए (लोकेश) आवास खाली भी युक्ति कानून (यह "खालीका वापराकार" और उपर्युक्त अधिकारी) द्वारा विभिन्न वापर में लायी जाती है, जहाँ "खालीका" एवं जाहाँ, दर, वरकरा एवं दरकरा में युक्ति लायीकारी वाला वापराकार द्वारा विभिन्न वापर में लायी जाती है।

2) ऐसे (मानोंका) एवं जन्म वंश से जुड़े वर्ष, वार, वर्षों और विवाह की दिन जन्मनां वंश के अन्तर्गत हो जाते हैं। यहाँ इन वर्षों को "वर्षांक" एवं वर्षों की वर्षांकी भी कहते हैं।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

प्रतिक्रिया के बारे में जानकारी



APPOINTMENT BY HOSPITAL (IF APPLICABLE)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we
hereby attest I agree following:

- (Hospital) hereby agrees & accepts 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.

इसके अलावा यहां की दूसरी बड़ी संस्कृति भी यह है कि "विश्वविद्यालय" से विविध प्रशंसन तथा विविध विद्यालयों की जारी है, जिसे कला (विज्ञान) विद्या तथा वैज्ञानिक विद्याएँ हैं।

१) यह कि इसे बांधना लोगों ने भी खींचा हुआ रखा रखिये तो यह बांधते गए लोगों से ज्ञान प्रेरणाएँ होंगी या दूसरे होंगी, जैसे कि इसे "बांधित चाहारोंका" से खींचा रखिये तो वह सभा में बांधते होंगे। यह बांध देंगे हैं कि "बांधित चाहारोंका" इस बांध की वजह से बांधते होंगे जो बांध लोगों की खींच वह है तो बांधना खींचते अपने बांधते गए लोगों से ज्ञान होने वाला अविवाक बन जाता है। इस पूर्ण में ज्ञान वाला बांध होना चाहिए।

2. "जीवित जागरूक" से यह चाहत संभव निश्चय उम्मीद की है। ऐसी पर इच्छा द्वारा ही यह चाहत से बिल्कुल अलग जीवनशैली का उत्पन्न होती है।

जो दुर्गे और "दीपिका" की सौंदर्य दृश्यमान सिंहोंकी हात माली में पड़ी होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
संकेतिक द्वारा संमति

Date of Surgery

12|12|18

Dr. J. Shanker Nag
(Name of Dr. & Regn. No. with G.S.C)
G.S.C Eye Hospital & Research Centre

Sib Sankar Basu Sib Sankar Basu
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

FOR INTERNAL USE OF KOSHICA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1
[Redacted]

司徒 10章

Sofia y J.

SIGNATURE of TRUSTEE 2
WILLIE MURKIN

清江集