

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्राक्षय		(Healthcare) (स्वास्थ्य सेवाएँ)	Koshika foundation Building block of life	
APPLICATION NO.: आवेदन संख्या : <i>K1121811935</i>	APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : <i>12/12/12</i>			
NAME of APPLICANT: आवेदन करने वाले का नाम : <i>GIRARDANI ROT</i>	AGE-YEARS वय-वर्ष : <i>50</i>	SEX लिंग : <i>F.</i>		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पितृ/स्त्री का नाम : <i>RANTAN</i>				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान स्थायी पता <i>16 GOYA PERRAPATTI (GOVINDA SALIGAMATTI) TOMMURU, NEETI BEATON</i>				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : अस्ति वासी पता <i>AS ABOVE</i>				
OCCUPATION : अवसर : <i>HOME MAKER</i>	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (विवाहित नहीं) (Attach Proof of Income) (आप का जल्दी चाहिए)			
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक वाप : <i>101</i>				
PAN No. एपीएन नंबर :				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE? (Tick whichever is applicable): आप जल्दी वाप कर रहे हैं? (जो भी वाप ही उप पार लिया जाना चाहिए): Yes / No हाँ / नहीं				
FAMILY DETAILS घरेलू विवरण				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member घरेलू के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ का सम्बन्ध
1.	<i>GIRARDANI ROT</i>	<i>50</i>	<i>F</i>	<i>स्त्री</i>
2.	<i>MANTU ROT</i>	<i>45</i>	<i>M</i>	<i>स्त्री</i>
3.	<i>MANTU ROT</i>	<i>42</i>	<i>M</i>	<i>स्त्री</i>
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता हेतु चिह्नित किये गए:				
BPL Card (Attach Card Copy) एपीएल के लिए इकान पत्र (इकान पत्र की छाप या संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एसएस के लिए इकान पत्र (इकान पत्र की छाप या संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (इकान पत्र की छाप या संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साधन	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु चिह्नित की जानी चाहिए:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached स्वास्थ्यालयीकार से जारी की गई डिलिक्ट या औषधीय चिकित्सा			
1.	<i>DIAGNOSIS - CERVICAL LE.</i>			
2.	<i>SUGAR - L+ (SICKLE)</i>			
ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता चिह्नित की गई रकम से लिया गया है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED ही रकम लिया गया		

DECLARATION by APPLICANT: ਅਜੇਤ ਕੁਮਾਰ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰੋ

- 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) ਇਸ ਦੀਆਂ ਕਈ ਲੰਬੇ ਵੇਖਣ ਵਿੱਚ ਆਪਣੀ ਦੀ ਸੁਰਖ ਨਾਲ ਪੜ੍ਹ ਕੀ ਜਾ ਸਕੇ ਹੈ ਕਿ ਕਿਸੇ ਵੀ ਵਿਸ਼ਾ ਦੀ ਵਾਰਾਂ ਵਾਲਾ ਗਲਾ ਹੈ ਜੋ ਕਿ ਕੋਈ ਸੁਰਖ ਨਹੀਂ ਕੀ ਜਾ ਸਕੇ।
- 5) ਜੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਵਿਸ਼ਾ ਦੀ ਵਾਰਾਂ ਵਿੱਚ ਆਪਣੀ ਦੀ ਸੁਰਖ ਨਾਲ ਪੜ੍ਹ ਕੀ ਜਾ ਸਕੇ ਹੈ, ਤਾਂਤੇ ਆਪਣੀ ਦੀ ਸੁਰਖ ਨੂੰ ਕਿਸੇ ਵੀ ਵਿਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਨਹੀਂ, ਜੇ ਇਸ ਵਿੱਚ ਵੀ ਪੜ੍ਹ ਕੀ ਜਾ ਸਕੇ।
- 6) ਕਿਸੇ ਵੀ ਵਿਸ਼ਾ ਦੀ ਵਾਰਾਂ ਵਿੱਚ ਆਪਣੀ ਦੀ ਸੁਰਖ ਨਾਲ ਪੜ੍ਹ ਕੀ ਜਾ ਸਕੇ ਹੈ, ਤਾਂਤੇ ਆਪਣੀ ਦੀ ਸੁਰਖ ਨਾਲ ਪੜ੍ਹ ਕੀ ਜਾ ਸਕੇ।

AGREEMENT by APPLICANT: ਅਜੇਤ ਕੁਮਾਰ ਮਹਿਸੂਸ

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/photograph/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 final and acceptable to me.
- 3) ਇਸ ਦੀਆਂ ਕਈ ਲੰਬੇ ਵੇਖਣ ਵਿੱਚ ਆਪਣੀ ਦੀ ਸੁਰਖ ਨਾਲ ਪੜ੍ਹ ਕੀ ਜਾ ਸਕੇ ਹੈ ਕਿ "ਕੋਸ਼ਿਕਾ ਪ੍ਰਾਤਿਨਿਧਿ" ਦੀ ਸੁਰਖ ਵਾਲਾ ਹੈ ਕਿਸੇ ਵੀ ਵਿਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਆਪਣੀ ਦੀ ਸੁਰਖ ਨਾਲ ਪੜ੍ਹ ਕੀ ਜਾ ਸਕੇ ਹੈ, ਜੇ "ਕੋਸ਼ਿਕਾ" ਦੀ ਜ਼ਾਂਦੀ, ਯਾਂ, ਪਾਸਵਾਲੀ ਜੂਂਦੀ ਹੋਣੀ ਦੀ ਸੁਰਖ ਨਾਲ ਪੜ੍ਹ ਕੀ ਜਾ ਸਕੇ ਹੈ ਕਿਸੇ ਵੀ ਵਿਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਆਪਣੀ ਦੀ ਸੁਰਖ ਨਾਲ ਪੜ੍ਹ ਕੀ ਜਾ ਸਕੇ ਹੈ। ਜੇ ਇਸ ਵਿੱਚ ਆਪਣੀ ਦੀ ਸੁਰਖ ਵਿੱਚ ਆਪਣੀ ਦੀ ਸੁਰਖ ਨਾਲ ਪੜ੍ਹ ਕੀ ਜਾ ਸਕੇ ਹੈ, ਤਾਂਤੇ "ਕੋਸ਼ਿਕਾ ਪ੍ਰਾਤਿਨਿਧਿ" ਦੀ ਸੁਰਖ ਨਾਲ ਪੜ੍ਹ ਕੀ ਜਾ ਸਕੇ ਹੈ।
- 4) ਕਿਸੇ ਵੀ ਵਿਸ਼ਾ ਦੀ ਵਾਰਾਂ ਵਿੱਚ ਆਪਣੀ ਦੀ ਸੁਰਖ ਨਾਲ ਪੜ੍ਹ ਕੀ ਜਾ ਸਕੇ ਹੈ, ਤਾਂਤੇ ਆਪਣੀ ਦੀ ਸੁਰਖ ਨਾਲ ਪੜ੍ਹ ਕੀ ਜਾ ਸਕੇ।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

ਅਜੇਤ ਕੁਮਾਰ ਮਹਿਸੂਸ ਦੀ ਵਿਸ਼ਾ



AGREEMENT by HOSPITAL: ਬੰਬੀ ਕੁਮਾਰ ਮਹਿਸੂਸ

By affixing herunder, 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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in this matter.
- 3) ਇਸ ਅਭਿਆਸ, ਆਪਣੀ ਦੀ ਸੁਰਖ ਨਾਲ ਪੜ੍ਹ ਕੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਕਿ "ਕੋਸ਼ਿਕਾ ਪ੍ਰਾਤਿਨਿਧਿ" ਦੀ ਸੁਰਖ ਵਾਲਾ ਹੈ ਕਿਸੇ ਵੀ ਵਿਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਆਪਣੀ ਦੀ ਸੁਰਖ ਨਾਲ ਪੜ੍ਹ ਕੀ ਜਾ ਸਕੇ ਹੈ, ਤਾਂਤੇ ਇਸ (ਅਭਿਆਸ) ਵਿੱਚ ਆਪਣੀ ਦੀ ਸੁਰਖ ਨਾਲ ਪੜ੍ਹ ਕੀ ਜਾ ਸਕੇ ਹੈ।
- 4) ਯਾਂ ਇਸ ਦੀ ਸੁਰਖ ਨਾਲ ਹੀ ਕਿਸੇ ਵੀ ਵਿਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਆਪਣੀ ਦੀ ਸੁਰਖ ਵਾਲਾ ਹੈ ਕਿਸੇ ਵੀ ਵਿਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਆਪਣੀ ਦੀ ਸੁਰਖ ਨਾਲ ਪੜ੍ਹ ਕੀ ਜਾ ਸਕੇ ਹੈ, ਕਿਸੇ ਵੀ ਵਿਸ਼ਾ ਦੀ ਸੁਰਖ ਨਾਲ ਪੜ੍ਹ ਕੀ ਜਾ ਸਕੇ ਹੈ ਕਿਸੇ ਵੀ ਵਿਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਆਪਣੀ ਦੀ ਸੁਰਖ ਨਾਲ ਪੜ੍ਹ ਕੀ ਜਾ ਸਕੇ ਹੈ। ਜੇ ਇਸ ਵਿੱਚ ਆਪਣੀ ਦੀ ਸੁਰਖ ਨਾਲ ਪੜ੍ਹ ਕੀ ਜਾ ਸਕੇ ਹੈ, ਤਾਂਤੇ "ਕੋਸ਼ਿਕਾ ਪ੍ਰਾਤਿਨਿਧਿ" ਦੀ ਸੁਰਖ ਨਾਲ ਪੜ੍ਹ ਕੀ ਜਾ ਸਕੇ ਹੈ। ਜੇ ਇਸ ਵਿੱਚ ਆਪਣੀ ਦੀ ਸੁਰਖ ਨਾਲ ਪੜ੍ਹ ਕੀ ਜਾ ਸਕੇ ਹੈ, ਤਾਂਤੇ "ਕੋਸ਼ਿਕਾ ਪ੍ਰਾਤਿਨਿਧਿ" ਦੀ ਸੁਰਖ ਨਾਲ ਪੜ੍ਹ ਕੀ ਜਾ ਸਕੇ ਹੈ।
- 5) "ਕੋਸ਼ਿਕਾ ਪ੍ਰਾਤਿਨਿਧਿ" ਦੀ ਸੁਰਖ ਨਾਲ ਪੜ੍ਹ ਕੀ ਜਾ ਸਕੇ ਹੈ। ਫੇਰੀ ਦੀ ਵਿਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਆਪਣੀ ਦੀ ਸੁਰਖ ਨਾਲ ਪੜ੍ਹ ਕੀ ਜਾ ਸਕੇ ਹੈ।
- 6) ਅਜੇਤ ਕੁਮਾਰ ਮਹਿਸੂਸ ਦੀ ਵਿਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਆਪਣੀ ਦੀ ਸੁਰਖ ਨਾਲ ਪੜ੍ਹ ਕੀ ਜਾ ਸਕੇ ਹੈ। ਜੇ ਇਸ ਵਿੱਚ ਆਪਣੀ ਦੀ ਸੁਰਖ ਨਾਲ ਪੜ੍ਹ ਕੀ ਜਾ ਸਕੇ ਹੈ, ਤਾਂਤੇ "ਕੋਸ਼ਿਕਾ" ਦੀ ਸੁਰਖ ਨਾਲ ਪੜ੍ਹ ਕੀ ਜਾ ਸਕੇ ਹੈ।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
ਸ਼ੰਖ ਸਾਹਮੀ ਦੀ ਵਿਸ਼ਾ ਸਾਂਝੀ

Date of Surgery ਅਭਿਆਸ ਦੀ ਤਾਰੀਖ 12/12/18	Dr. Harsimran Singh Nag MBBS, MS (OPTH) (Name of DR. & Sejja. No/ W.M. Stamp) Bambipal Singh Nag Eye Hospital & Research Center	Chirib Sankar Bagchi (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory Bambipal Singh Bagchi Chairman Bambipal Singh Bagchi ਪੰਜਾਬ ਦੀ ਸ਼ੰਖ ਸਾਹਮੀ ਅਧਿਕਾਰੀ
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION ਕੋਸ਼ਿਕਾ ਫਾਊਨਡੀਸ਼ਨ ਲਈ

SIGNATURE of TRUSTEE 1 ਅਜੇਤ ਕੁਮਾਰ ਮਹਿਸੂਸ	SIGNATURE of TRUSTEE 2 ਅਜੇਤ ਕੁਮਾਰ ਮਹਿਸੂਸ