

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य इंशुआर)

Koshika
foundation

Editorial Board of this

APPLICATION No.: ५११२।९।१९ प्र५

APPLICATION DATE : 13/12/18
activity Sheet

NAME of APPLICANT : JOGENDEE BACHHAWAL

AGE-YEARS 30-34 sex m

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : CITARAM BOSHIJANI
Residence No. 19

PHOTO BY JEFFREY MCGEE FOR THE NEW YORK TIMES

SECOND MEL. ALUMINUM GRANITE KANTONG SAWA
SINGAPORE. BENTOTTEH FINAWAHYA KIDULU
THOBATTI FOON HENG SENG 4U 2,101 HESI THERAPY.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: 801 BOSTON ST

~~= P1 Above =~~

OCCUPATION:

UNEMPLOYED.

MARRIED (Wiffr) / UNMARRIED (wiffr)

TOTAL ANNUAL INCOME:

191

(Attach Proof of Income)
(जारी कर सकने वाला)

PAH No. 1001-000-0000

10

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSSEE? (Tick whichever is applicable):

Winn / Min
等 / 等

FAMILY DETAILS

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant संपर्क के साथ सम्बन्ध
1.	ANIL KUMAR AGRAWAL	30	M	SPOUSE
2.	SOFIA AGRAWAL	22	F	NEPHEW
3.	KOFIKAH AGRAWAL	00	F	SON
4.	RAHUL AGRAWAL	31	M	SON

BASIS FOR REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

SPL Card (Attach Card Copy) संपर्क केंद्र से दिए गए पर (ग्राम पंचायत से दिए गए संलग्न को)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) वर्जन वर्क की दस्तावेज़ पर (ग्राम पंचायत से दिए गए संलग्न को)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (ग्राम पंचायत से दिए गए संलग्न को)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष प्रमाण को
--	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

Sl. No. उम्र संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आपकी वार्ता में जो भी चिकित्सा या दवाएँ शामिल होंगे
1.	Diagnosis- Cholecyst- Ie
2.	Surgery- Ie (Gastro)

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
अन्य स्रोतों से समान उद्देश्य की लिए वित्तीय सहायता की?

DECLARATION by APPLICANT: नामांकन करने वाले

- 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) ਇਹ ਸੰਖੇ ਵਿੱਚ ਜੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਨਿਰਧਾਰਤ ਕੋਈ ਮੁਲਾਕਾ ਕਰ ਦਿੱਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਤਾਂ ਉਥੋਂ ਉਸ ਵਿੱਚ ਦੇਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਅਗਰ ਕਿਸੇ ਵੀ ਨਿਰਧਾਰਤ ਕੋਈ ਮੁਲਾਕਾ ਕਰ ਦਿੱਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਤਾਂ ਉਥੋਂ ਉਸ ਵਿੱਚ ਦੇਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।

2) ਜੇ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੇ ਗਏ "ਸਹਾਇਤਾ", ਜੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਹੈ, ਉਸਾ ਵਿੱਚੋਂ ਕੀਤੇ ਗਏ ਹੋਰ ਕੋਈ ਵੀ ਨਿਰਧਾਰਤ ਕੋਈ ਮੁਲਾਕਾ ਕਰ ਦਿੱਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਉਸ ਵਿੱਚ ਦੇਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।

3) ਜੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਕਾਰੋਬਾਰ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਉਸ ਵਿੱਚ ਦੇਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਅਗਰ ਕਿਸੇ ਵੀ ਕਾਰੋਬਾਰ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਉਸ ਵਿੱਚ ਦੇਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।

AGREEMENT by APPLICANT (applies to WO)

ABOVE: SIGNATURE ON LEFT THUMB IMPRESSION:

REFERENCES AND NOTES



AGREEMENT BY HOSPITAL (CONT'D. ON REVERSE)

By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we
acknowledge that we have a receipt following:

- (Hospital) hereto attach a copy of following:

 - 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.
 - 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.

इस अधिकृत समझौते को "कोशिका प्राप्तीकरण" ये निम्न प्राप्ति हुई लिखते हो चाहे हैं, वही राज (राजनीति) या अन्य का अधिकार नहीं है।

 - यह किसी से भी व्यक्ति और उसी व्यक्ति में निम्न प्राप्ति की है। इसकी संभवतः ये विद्युत व्यक्ति से हो सकती है या व्यक्ति व्यक्ति से हो सकती है। यदि ये इसी "कोशिका प्राप्तीकरण" से लिखी गयी तब ये लाभ में "कोशिका प्राप्तीकरण" द्वारा प्राप्त होता है। यदि "कोशिका प्राप्तीकरण" द्वारा प्राप्त होता है तो लाभ लियो जाने के बावजूद यह ये विद्युत व्यक्ति से लाभ लेने का अधिकार दूरी रखता है। यह यूटी ये लाभ यह है कि लाभाता ही विद्युत व्यक्ति व्यक्ति से लाभ लेने की सकारात्मकी।
 - "कोशिका प्राप्तीकरण" के लिए यह लाभ लेने विद्युत व्यक्ति ही है। यदि यह लाभ द्वारा ये विद्युत व्यक्ति द्वारा प्राप्त होता है तो इसका लाभ यह है कि "कोशिका प्राप्तीकरण" द्वारा विद्युत व्यक्ति को भी लाभ होता है। यदि यह लाभ द्वारा यह होता है कि विद्युत व्यक्ति द्वारा लाभ लेने की सकारात्मकी होती है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Date of Surgery সকার মুন্দুর তারিখ <u>13/12/18</u>	Dr. A. Kundu MBBS, MS (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) কলকাতা মেডিকেল বিশ্ববিদ্যালয়, কলকাতা	<i>[Signature]</i> Shib Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) শিব সঙ্কুর বাগচী কলকাতা মেডিকেল বিশ্ববিদ্যালয়
--	---	---

FOR INTERNAL USE OF KOSHUKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1 સ્વત્ત્યકૃત શ્રમક 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 સ્વત્ત્યકૃત શ્રમક 2
	