

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता लेने आवेदन प्राकल्प		(Healthcare) (स्वास्थ्य सेवाएँ)	Koshika foundation Building Block of Life	
APPLICATION NO.: आवेदन संख्या : 16/1218 2008	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि : 14/12/18	AGE-YEARS वय-वर्ष : 67	SEX लिंग : M.	
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम : AMRITALI SARDAR	FATHER'S/SPouse's NAME: पितृ/स्त्री का नाम : HOSSEIN ALI SARDAR			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान स्थायी पता KACHROYA CHAKA PUNJAB TAKSALI HINDUJA, BAGHAT, KIRANA DIST Moga 160295 WEST PUNJAB.				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी स्थायी पता AC ABOVE				
OCCUPATION : पेशी : UNEMPLOYED	MARRIED (भूजी) / UNMARRIED (नभूजी)			
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय : NIL	(Attach Proof of Income) (आय का संपर्क संतोष)			
PAN No. वापरी नंबर : -----	ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSSEE? (Tick whichever is applicable): आपको ज्ञात का यह है (वह जाति है जहाँ वह भारतीय का नियम समाप्त है): Yes / No हाँ / नहीं			
FAMILY DETAILS परिवार विवर				
Sr. No. अंक संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से सम्बन्ध
1.	AMRITALI SARDAR	67	M	SELF WIFE
2.	LAHLA SARDAR	65	F	SON
3.	KHIRON SARDAR	81	M	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता लेने के लिए चिह्नित करें				
BPL Card (Attach Card Copy) वार्षिक टैक्स वैध स्वास्थ्य पत्र (उत्तम पत्र की जाति ही संतोष की)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) वार्षिक ज्ञात कर्ता इक्वलिटी पत्र (उत्तम पत्र की जाति ही संतोष की)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (उत्तम पत्र की जाति ही संतोष की)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्षण	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता लेने के लिए जिनकी काम कर्त्तव्य:				
Sr. No. अंक संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आप्लायायिक से जारी की गई डिस्पेशन सूची संलग्न			
1.	TREATMENT - CHURCH - L.			
2.	SURGERY - L (SICKNIPAL)			
ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस काम के लिए अन्य साक्षण द्वारा जारी कराया गया है?				
Sr. No. अंक संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य साक्षण का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED जो किसी साक्षण द्वारा		

DECLARATION by APPLICANT अप्लिकेंट द्वारा घोषणा

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/ 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 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) मैं इस या निम्न दस्तावेज के लिए या उपर, मैं (अधिकारी) अपनी समीक्षा को अपने कान से दृष्टि करता हूँ कि "विभिन्न वासिनी लोगों को बढ़ावा देना, जो जीव विवरण का लाभ नहीं प्राप्त है, और "विभिन्न" एवं जाति, धर्म, धराधरा एवं जट्ठन में युद्ध विद्वानों द्वारा वर्णित गये विवरण ने उपर्युक्त वर्णन के लिए अधिकृत है। मैं इस या निम्न दस्तावेज के लिए या उपर, मैं जो जीव विवरण का लाभ नहीं प्राप्त है, और "विभिन्न वासिनी" को अपने कान से दृष्टि करता हूँ कि "विभिन्न वासिनी" को अधिकृत है।

2) मैं (अधिकारी) इस या दस्तावेज के लिए या उपर, मैं, जो जीव विवरण को जीव विवरण के लाभ नहीं प्राप्त है, और "विभिन्न" एवं जाति, धर्म, धराधरा एवं जट्ठन में युद्ध विद्वानों द्वारा वर्णित गये विवरण ने उपर्युक्त वर्णन के लिए अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

Notes of names and nomenclature



AGREEMENT by HOSPITAL (Initials or Name)

By affixing her/his undersigned signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & warrant following:

- 1) 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in this matter.

and others used to refer to "white weight" to refer to the density of white vs. black paper. The term "white weight" is no longer used.

- 1) यह विषय संस्कृत और वह ही भवित्व में विशिष्ट सामग्री किसे कि सामग्री संस्कृत या विद्यो अन्य इसे उक्त विद्याएँ ऐसी हो जो वह है, यहाँ विषय "संस्कृत सामग्री" में विशिष्टताविद्या अन्य ये सामग्री "संस्कृत सामग्री" इस प्रकार ही कहा जाता है। यही "संस्कृत सामग्री" इस सामग्री विशिष्ट विद्यालयात्मक है यहाँ यही विषय जाता है वह सामग्री विद्यो अन्य ये सामग्री संस्कृत या विद्यो अन्य सामग्री होने का अधिकार द्वितीय विषय है। इस द्वितीय विषय का यहाँ विषय विद्या अन्य ये सामग्री संस्कृत या विद्यो अन्य सामग्री होने का अधिकार द्वितीय विषय है।

2. "जीवित यात्रें" में वे वर्ष मात्रा कंपनी निश्च असौं होते हैं। उन्होंने यह एक साल या दो वर्ष मात्रा के लिए एक यात्राप्रणीति का पुस्तक छोड़ दिया है जो "जीवित यात्रें" द्वारा बिल्ड या बोर्ड रखा जाता है। यात्रियों के लिए यह एक बहुत अच्छी और अब भी यात्री विस्तृत एवं विस्तृत या अच्छी ही बोर्ड है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Date of Surgery
अंतिम दिन की तिथि
14/12/18

Mukul K. Chilash
M.B.B.S., D.O.B., F.R.C.S.
Reg. No. 50971
(Name of Dr. Debi Prakash Bagchi with Stamp)
Debi Prakash Bagchi, M.B.B.S.
100, 4th Floor, B-Block, Sector 1, Noida, U.P.

Sankar Bagchi
Director
(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory
on behalf of Hospital)
पृष्ठा १ पर दस्तावेज़ अधिकृत दस्तावेज़

FOR INTERNAL USE OF KOISHIKA FOUNDATION
कोइशिका फूंडेशन के लिए अन्तर्राष्ट्रीय

SIGNATURE of TRUSTEE 1 ग्राही व्यक्ति १	SIGNATURE of TRUSTEE 2 ग्राही व्यक्ति २
	