

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

(Healthcare) (स्वास्थ्य इंद्रिय)

 Koshika
foundation

APPLICATION No.: K 11218 | 2038

APPLICATION DATE: 12/12/18

NAME OF APPLICANT : ENAMALHAB SENGH

AGE-YEARS 30-31 SEX M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : ROBM SIKH

**KESHUPUR PURBAPRA KHANDAGHATA,
BOBBOWAN, WEST BENGAL.**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: 1000 10th Street

DR. BROWN

**OCCUPATION
WEBSITE**

UNEMPLOYED

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (विवाहनात)

TOTAL ANNUAL INCOME:

卷之三

(Attach Proof of Income)

卷之三

PAN No. TAN& TIN TSC
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSSEE (Tick whichever is applicable)

The Times
of India

新书

FAMILY MEMBERS - घरेलू सदस्य				
Sl. No. क्रम संख्या	Name of Family Member घरेलू के सदस्य का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant घरेलू के सदस्य का अनुपर्याप्त सम्बन्ध
1.	BHANUMLAL HARS SETHI	25	M	WIFE
2.	GOLPUUR DEEPMALA	64	F	SON
3.	TYAARU HARVEE	63	M	SON
4.	RISHAUL HARS KUMAR	40	M	DAUGHTER
5.	RATHENA DHIRI	32	F	

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

SPL Card (Attach Card Copy) संपर्क कार्ड के लिए प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की स्थिति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) जमीन का वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की स्थिति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की स्थिति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कार्ड का प्रमाण
--	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

Sl. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached स्वास्थ्यविद्यालय से जारी की गई डिप्लोम गृहीत संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (MICROTOM)

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
को अन्य स्रोत से सामान्य उद्देश्य के लिए दी गई वारदात का ज्ञान कैसे होगा?

Sl. No. ক্রম নং	NAME of OTHER SOURCE অন্য সোর্স এবং সৌ	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALIED বিত্তী সহায়তা পাও

DECLARATION by APPLICANT: मैंने यह पूछा है।

- 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) मैं यहां दिए ही पर्याप्त सभी विवरों की सत्यता के बारे में ज़रूरी रूप से यहां लिखा है कि यह विवर आपका सबसे ज़रूरी ही ज़रूरी है।

2) मैं यहां दिए ही "अनुदान का उद्देश्य", अवृत्ति का बारे में ज़रूरी रूप से यहां लिखा है, कि इस सबसे ज़रूरी ही ज़रूरी है।

3) मैं यहां दिए ही विवरों की सत्यता के बारे में ज़रूरी रूप से यहां लिखा है कि यह विवर आपका सबसे ज़रूरी ही ज़रूरी है।

AGREEMENT by APPLICANT (either the wife)

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

संस्कृत शब्दों का अर्थ



AGREEMENT by HOSPITAL (OPTIONAL FORM)

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:

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

2025 RELEASE UNDER E.O. 14176

Date of Surgery ਵੈਖਣ ਦੀ ਤੋਂ	20/03/2018, M/S. PGH(Eye) - AP-5406 Reg. No. 2773 Sri Guru Nanak Dev Hospital & Research Centre (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) ਡਾਕਤ ਕਾ ਨਾਮ ਅਤੇ ਰਜਿਸਟਰੇਸ਼ਨ ਨੰਬਰ	<i>[Stamp]</i> Bhibi Gurjot Kaur Begchi Director (Name, Designation & Stamp of Admin. & Proprietary Committee on behalf of Hospital) ਹਸਪਤਾ ਦੀ ਮੁਖਲੀ ਅਤੇ ਮੁਖਲੀ ਬੱਚੇ ਦੀ ਪੱਧਰ
--------------------------------	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHICA FOUNDATION कार्यालय के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 1
[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2
[Signature]

Safary

Eric