

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता देने आवेदन प्रक्रिया

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य सहायता)

**Koshika**  
foundation  
Building Block of Life.

APPLICATION NO.: K(12)8 2067 APPLICATION DATE: 18/12/18

NAME OF APPLICANT:  
जीतू नेशा

AGE-YEARS: 31 SEX: F

FATHER/HUSBAND'S NAME:  
मोहम्मद फरुख निया

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: बाहिर जल्लाह में  
NEAR: MOSUD, SINGHJI, SILIAN, HUSSAINIANS,  
BTHAR, 841037

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: नहीं विवरण नहीं

— AS PER VOTE —

OCCUPATION:  
प्रधारी

HOME MAKER

MARRIED (विवेद) / UNMARRIED (विवेदित)

TOTAL ANNUAL INCOME:  
नहीं विवरण नहीं

NIL

(Attach Proof of Income)  
(विवेद विवेदित विवरण)

PAN No.: नहीं विवरण नहीं

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE? (Tick whichever is applicable):  
जब जरा जरा कर देता है (वह जब भी उस पर भी वह विवरण देता है)

Yes / No  
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS: परिवर्त विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवर्त के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant परिवर्त के साथ सम्बन्ध
1.	ZAHIDAH NASEEM	31	F	SELF
2.	SHAFIQ HOSSAIN	18	M	SON
3.	ACI HOSSAIN	13	M	SON
4.	SUFIYARD NASEEM	10	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
जबकि वे विवेद विवरण

EPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सम्बन्ध
नहीं विवरण नहीं विवरण नहीं (उसके पर भी जाकर भी विवरण नहीं)	नहीं विवरण नहीं विवरण नहीं (उसके पर भी जाकर भी विवरण नहीं)	नहीं विवरण नहीं विवरण नहीं (उसके पर भी जाकर भी विवरण नहीं)	नहीं विवरण

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
जबकि वे विवेद विवरण का विवरण:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached जनरल/विवरण में जबकि विवेद विवरण में जबकि विवरण में जबकि विवरण
1.	DIAGNOSIS - CATARACT- RE
2.	SURGERY- Re (SUSPITAL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस विवरण के लिए विवेद विवरण विवरण विवरण विवरण विवरण विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE विवरण विवरण विवरण	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED विवरण विवरण विवरण

**DECLARATION by APPLICANT.** मेरी द्वारा यहाँ पर्याप्त

- 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) ਮੈਂ ਇਸ ਵਰਗ ਦੀ ਯਾਤਰ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੇ ਜਾਣਗੇ ਸਾਰੇ ਖਰਚੀਆਂ ਵਿੱਚੋਂ ਅਜੇਹੇ ਖਰਚੀ ਨਹੀਂ ਹੋਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਅਤੇ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਕਾਨੂੰਨ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਵਿੱਚ ਇਸ ਵਰਗ ਦੀ ਯਾਤਰ ਵਿੱਚੋਂ ਅਜੇਹੇ ਖਰਚੀਆਂ ਨਹੀਂ ਹੋਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।
  - 2) ਮੈਂ ਇਸ ਵਰਗ ਦੀ "ਅਧੀਕਾਰ ਪਤਾਨੀਆਂ", ਵਿੱਚ ਲਿਖੀ ਗਈ ਤਰ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਅਜੇਹੇ ਖਰਚੀਆਂ ਨਹੀਂ ਹੋਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਅਤੇ ਇਸ ਵਰਗ ਵਿੱਚੋਂ ਅਜੇਹੇ ਖਰਚੀਆਂ ਨਹੀਂ ਹੋਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।
  - 3) ਅਜੇਹੇ ਖਰਚੀਆਂ ਵਿੱਚੋਂ ਅਜੇਹੇ ਖਰਚੀਆਂ ਨਹੀਂ ਹੋਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਅਤੇ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਕਾਨੂੰਨ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਵਿੱਚੋਂ ਅਜੇਹੇ ਖਰਚੀਆਂ ਨਹੀਂ ਹੋਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।

**ADMISSIONS BY APPLICANT (check all who)**

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/ publish/replicate/ 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 "purposed", 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 Kasthika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.



APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

અધ્યક્ષ શ. પણેલ એ સંપુર્ણ રીતે



AGREEMENT by HOSPITAL (DRAFT FORM)

By utilizing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this cases/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) herby affirm & assure 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, उनमें से 40 जीवों में स्पष्टतया दिखाया गया "विभिन्न प्रकारों" के विभिन्न विकास इन विवरणों की जाती है, जिनमें इन (प्रकारों) जिन विकासों में विभिन्न विभिन्न विकासों की जाती है।

- 1) यह दिवस ही अंतिम और पहली भूमिका में विभिन्न सामग्री की ओर प्रवाहित संस्करण का दिया जाने वाले उपकरण से उनका एंट्रीप्रार्टरी में लौटे थे तो यह है, जैसे कि हालो "बॉलीवुड फाइनेंस" में विभिन्न विविध रूप के रूपमें "बॉलीवुड फाइनेंस" इस रूप से है जिसे ही यह "बॉलीवुड फाइनेंस" इस सामग्री विविध विभिन्न रूपमें है जहां यही विवर यह है कि सामग्री दिया जाने वाले उपकरण से उनका एंट्रीप्रार्टरी में लौटे थे तो यही जानकारी दिया जाना चाहिए।

ਅਤੇ ਜੋ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸੰਸਾਰ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ ਉਸ ਵਿੱਚ ਵੀ ਆਪਣੀ ਮਾਮਲੀ ਵਿੱਚ ਆਪਣੀ ਸੁਧਾਰ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Date of Surgery जितेन्द्र जी का दिन  12/12/18	Dr. Akile Agarwal MD, MR. PHILIPS REF: 560 Ranjan (Name of Dr. & Registrar with Stamp) संसद वाला दूर संचार नं. 54, 1.	Shri Bunker Bagchi Director (Name, Designation & Signature of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नव व अमरा बीमाकारी
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHICA FOUNDATION काशिका फूंड

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नाम विवर ।	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नाम विवर 2
--------------------------------------	--------------------------------------