

C 1680/2/18

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika  
foundation

Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

E/0618/0067

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

26/6/18

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Jamsed.

AGE-YEARS आयु-वर्ष

65

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कन्या का नाम

Asad ali

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Village - Jhoda

Habitat - Budana

District - Bagpat

State - Pradesh

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

- as above -

Preop  
0067Postop  
Jamsed

OCCUPATION:

व्यवसाय

farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

5000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. स्थायी छद्म संख्या

NA

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

क्या आप आय कर पत्रा है (को मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये)

Yes / No

हाँ / नहीं

## FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	Dilsad.	38	M	SON
2.	Imran	32	M	SON
	Two		Daughter's	Married.

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) मौखी रैखा के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	Diagnosis - LE - PP LE - IMSC
2.	Surgery - LE - Phaco + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली जा चुकी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि
1.	Venu	

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 सोचता हूँ कि इस प्रश्न में सिने को हमने विचार देना ज़रूरी है। यदि कोई विचार एवं कथन अत्यंत पुराना है तो मेरी सहमति निरास की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कॉलेज फ़ाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में पूछा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता को वह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अधिक या कमाल किसी किसी अन्य छात्र/छात्रिका/छात्रिका के लिये नहीं है और न ही अक्षय के लिये।

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's 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 it's 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 in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्तक्षेप या जवाब की सामग्री, मैं (अपने) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका पराधीनता और उसके न्यायोचित" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में दीये हैं, उसे "कोशिका" जन्म न्यायी, पान, पाचनशक्ति धुरी उत्प्रेरण से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को निम्न किसी भी प्रकार मध्यम से प्रस्तुति करने में लिए अधिकृत है। मैं प्रश्न का विवरण में दृष्टिकोण को बदलने या बदलने में करने को लिए "कोशिका पराधीनता" व न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (अपने) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि साक्ष्यता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे प्राप्त, प्रकाशित या हस्तक्षेप नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" जन्म उत्प्रेरण न्यायी को निर्णय अधिकार और साक्ष्यकारी होगा।

अमेरिका के राजधानी में अंगरेजों का निवास



By affixing hereunder, signature of our Authorized 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 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.

हमारे ज्योतिषज्ञ, हस्तशस्त्री की ओर से सम्मलेन/लेली की “वैदिक/का प्रामुख्य” से विविध सलाहों से विपरीत हो जाते हैं, जिन्हें हम (हमसब) विभिन्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1. यह कि न तो साधन और न ही बर्तन में किसी सुशुद्ध किसी रैर साकारी संस्था या किसी अन्य यहाँ से उक्त ऐतिहासिक में लगे या ले रहे है, जैसे कि इनने "कोलिका पाउन्डेशन" से निपटारा/विनिर्गत उक्त से सम्बंध में "कोलिका पाउन्डेशन" द्वारा भत्ता देना कि है। यदि "कोलिका पाउन्डेशन" द्वारा साधन विनिर्गत कोलिका संस्था हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अवस्थान किसी अन्य रैर साकारी संस्था या किसी अन्य संस्थाओं से सम्बंध होने का अधिकार सुनिश्चित करता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अवस्थान विशेष भत्ता उक्त ऐतिहासिक हेतु किसी रैर साकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेता/लेती।
2. "कोलिका पाउन्डेशन" से ही नई साधन प्रेषण विधिप प्रवृत्ति की है। ऐसी पर हमलात द्वारा ही नई संस्था या किने नये अवकाशप्रतिभा का सुलभ होनी एवं हमलात को बीच का विपण है और "कोलिका पाउन्डेशन" द्वारा किसी उन्मा का कोई दखल नहीं है। इसलिए हमलात में ऐसी नई इलाज सुझा और जाने जाने को सारी जिम्मेदारी ऐसी एवं हमलात को होती और "कोलिका" को कोई सीमा या शिर्मांकी इस मामले में नहीं होती।

स्वीकृती के लिए संसद

**Date of Surgery**  
अपरेशन की तारीख

27 | 6 | 18

DR. WANGCHUK DOMA

Consistent

VENUE: WATERLOO & GERRARD STATION

1/31 - Shelter Supervision of Area.

Phase 2 New Order 710 Q17

FOR INTERNAL USE ONLY KOSHIKA FOUNDATION

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

1731. *Staphylinidae* (Coleoptera) of the *Staphylinidae* subfamily  
1732. *Staphylinidae* (Coleoptera) of the *Staphylinidae* subfamily

1. The first part of the document is a title page. It contains the title of the document, the author's name, and the date of the document. The title is "The first part of the document is a title page. It contains the title of the document, the author's name, and the date of the document." The author's name is "The author's name is the name of the person who wrote the document." The date of the document is "The date of the document is the date when the document was written." The title page is the first page of the document and it contains the title, author's name, and date of the document.

आन्धीक वसन्त ऋतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

स्वामी गंगाधर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

अथवा २

Safeway

here