

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता उंतु आवेदन प्रक्रिया			(Healthcare) (स्वास्थ्य सेवाएँ)	
AFFILIATION No.: संस्था का नंमा:	V12180855	APPLICATION DATE: जारी करने की तिथि:	04/12/2019	
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम:	Phawran Singh	AGE-YEARS वय-वर्ष:	73	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/स्त्री का नाम:	S/o Gulab Singh	SEX लिंग:	M	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: स्थान स्थायी जगह V.I.I - Manji patti, Hoshiarpur				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थान स्थायी जगह 3332 as above				
OCCUPATION: पेशी:		Unemployed		
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय:		N/A		
PAN No. स्टेट खाता नंमा:				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE? (Tick whichever is applicable): क्या आप वार्षिक दस्त हैं (जो सभी की दस्ती का विभाग होता है)				
Yes / No हाँ / नहीं <input checked="" type="checkbox"/>				
FAMILY DETAILS सदीकार विवरण				
Sl. No. क्रम संख्या	Name of Family Member सदीकार की सदस्य का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant सदीकार की साथ सम्बन्ध
1.	Silam	68	M	Son
2.	Sureshwar	37	M	Son
3.	Varpal	18	M	Son
4.	Yogender	30	M	Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) मानवान् वै उपर्युक्त आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) पर्याप्त राशि की इच्छा प्राप्त करा (इच्छा कर की राशि ज्ञात नहीं की)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) मध्यम वर्ग की इच्छा प्राप्त करा (इच्छा कर की राशि ज्ञात नहीं की)	Ration Card (Attach Copy) इवानीकार कार्ड (इच्छा कर की राशि ज्ञात नहीं की)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई वास्तव	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: मानवान् हेतु उपर्युक्त की विवरी का वर्णन				
Sl. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आप्तव्यालेक्टर से पहरी की गई चिकित्सा दस्ती संग्रह			
	3L - TMS			
	1P - TMS			
	Surgery - (RE) SIC + FOL			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES उपर्युक्त के द्वारा किये जाने वाले विवरी का वर्णन करें?				
Sl. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि		
1.	SIFH			

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदन करने वाले का;

- 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 liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purposes", 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.
- 4) मैं प्रकाश बता दूँ कि यह बता देते होंगे कि मेरी विज्ञान सेवा समिति ने अपना पात्र भरा है। यह नई विज्ञान सेवा समिति ने मेरी प्रकाश विज्ञान सेवा समिति को भरा है।
- 5) मैं इस नीचे लिखा हुआ "कोशिका वाचान्देश्वर", में मैं यह भी हूँ, कि मैं इसके लिए उपर्युक्त कार्य की चुनी के लिए विज्ञान समिति, ये इस प्रकाश द्वारा दिया गया है।
- 6) मैं यूटी बता दूँ कि यह वापस नहीं हो सकता है, यह योग्य वाचान्देश्वर की ओर से आवाहन द्वारा आवाहित कराया जाएगा।

**AGREEMENT by APPLICANT:** आवेदन करने वाले;

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/upload/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is required/granted, through any medium, including but not limited to verbal, post, 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 publication of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is required/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.

3) मैं यह योग्य वाचान्देश्वर के अन्तर्गत द्वारा दिया गया "कोशिका वाचान्देश्वर" को अपेक्षित बताता हूँ कि यह बता देते होंगे कि मैं इसके द्वारा दिया गया विज्ञान सेवा समिति को भरा है, यह "कोशिका" एवं नामी, एवं, विज्ञान सेवा समिति के द्वारा दिया गया विज्ञान सेवा समिति को भरा है, यह "कोशिका वाचान्देश्वर" को भरा है।

4) मैं (वाचान्देश्वर) यह बता देता हूँ कि मैं यह बता देता हूँ, कि मैं इसके द्वारा दिया गया विज्ञान सेवा समिति को भरा है, यह "कोशिका" एवं नामी, एवं, विज्ञान सेवा समिति को भरा है, यह "कोशिका वाचान्देश्वर" को भरा है।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:**

अधिकारी के नाम वा अंगूष्ठ का फॉर्म

प्रियंका वाचान्देश्वर

**AGREEMENT by HOSPITAL:** (एवेदन करने वाला)

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 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इसकी अवधूत, इसकी नीचे दी गयी विवरणोंमें "कोशिका वाचान्देश्वर" को विवरित की जाती है, जिसे यह (बाचान्देश्वर) नियम बताता है यह वाचान्देश्वर का है।

1) यह नीचे दी गयी विवरण में विवर दिया गया विज्ञान सेवा समिति को भरा है, यह नीचे दी गयी विज्ञान सेवा समिति को भरा है, यह "कोशिका वाचान्देश्वर" द्वारा दिया गया है। यह "कोशिका वाचान्देश्वर" द्वारा दिया गया विज्ञान सेवा समिति को भरा है, यह नीचे दी गयी विज्ञान सेवा समिति को भरा है, यह "कोशिका" एवं नामी, एवं, विज्ञान सेवा समिति को भरा है, यह "कोशिका वाचान्देश्वर" को भरा है।

2) "कोशिका वाचान्देश्वर" को भरा है यह विज्ञान सेवा समिति द्वारा दिया गया है। यह विज्ञान सेवा समिति को भरा है, यह विज्ञान सेवा समिति को भरा है, यह "कोशिका वाचान्देश्वर" द्वारा दिया गया है। यह विज्ञान सेवा समिति को भरा है, यह "कोशिका" एवं नामी, एवं, विज्ञान सेवा समिति को भरा है, यह "कोशिका वाचान्देश्वर" को भरा है।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE:**

संग्रहीत करने वाले विवर

Dr. Abhishek Kumar

MDS MS FICO

Reg. No. 66028

Time:

(Name of Dr. & Regd. No. with stamp)  
बाचान्देश्वर वा वाचान्देश्वर एवं नामी

Date of Surgery  
बाचान्देश्वर की तिथि  
04/12/2018

FOR INTERNAL USE of KOSHICA FOUNDATION

संग्रहीत दर्तकी है।

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
नामी उपाधि 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
नामी उपाधि 2

Stamp, Designation & Stamp of Authorised Signatory  
on behalf of Hospital (Babu Dhisti - 2)

