

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building Block of life	
APPLICATION No.: S/1218/301 (1811/18)		APPLICATION DATE: 3/12/18			
उद्देश्य संख्या:		उद्देश्य तिथि			
NAME of APPLICANT: <u>Suresh Singh</u>		AGE-YEARS आयु-वर्ष	SEX लिंग		
FATHER/SPOUSE'S NAME: <u>Late Kastur Singh</u>		76	M		
FATHER/SPOUSE'S NAME: <u>Late Kastur Singh</u>				 	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: <u>1664115, Gaurindpur, New Delhi</u>					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: <u>As Above</u>					
OCCUPATION: <u>Unemployed</u>					
TOTAL ANNUAL INCOME: <u>Rs. 85,000/- (Family Income)</u>		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
PAIN No. <u>85,000/-</u>		(Attach Proof of Income)			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):		Yes (Ha)		No (Nahi)	
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	Gurdeep Singh	46	M	Son	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)					
BPL Card (Attach Card Copy)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy)		Ration Card (Attach Copy)	
Any Other Basis/Proof		Any Other Basis/Proof		Any Other Basis/Proof	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:					
Medical Reports/Prescriptions Attached					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE				
	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILABLE				

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.

- AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन दाना करार)**

- 2) मैं (अपेक्षक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, फ़ोन, फ़ोटो और निम्नलिखित हैं कि साक्ष्यता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे इससे साक्ष्यता का हक़दार नहीं था। इस सम्बंध में "कॉलोराडो" एनएनएसए के नज़रियों का विनिर्देश और भाग्यकारी होता।

अध्यक्ष के हस्ताक्षर अंग्रेजी में हैं।

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पिटल द्वारा स्वीकार)

2. "बोलिवा फाउन्डेशन" से ती गै महापद्म केवल विविध प्रकृति की है। ये तो पर हस्तगत द्वारा दो नई साजस या किने जमे उपचारप्रक्रिया का चुनाव होगी एवं हस्तागत से बीच का विषय है और "बोलिवा फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायता नहीं है। इसलिए दावतगत में योगों को हस्तागत सुझा और जाने जाने को साथ निष्कर्षित होगी एवं हस्तागत पर योगों और "बोलिवा" को कोई भीलका वा निष्कर्षिता दुरा घण्टे में रही होगी।

स्वीकृती के लिए संज्ञापि

डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर पंजीब न.

SHROFF EYE CENTRE (Branch of Hospital)
A-9, Kallanpuri Colony, अमृतसर, अमृतसर, अमृतसर

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

न्यासी हस्ताक्षर ।

न्यासी हस्ताक्षर 2