

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता फैलू आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य रोगधार)

Koshika
foundation

APPLICATION NO.: K 1218 1706

APPLICATION DATE: 4/12/12

NAME OF APPLICANT : NAKUL ADAK

AGE-YEARS 30-44 SEX M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: PANCHU ADAK

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: KAMP BERA HOGIRAH, TALIBAH, WEST BORNEO

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: 102 3rd Street, San Francisco, CA

~~THIS PAGE~~

OCCUPATION:

UNEMPLOYED

Marcos Pinto / ENMARQUE (editor)

TOTAL ANNUAL INCOME:

八三七

(Attach Proof of Income)

卷之三

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

Yan et al.

FAMILY DETAILS

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

BPL Card (Attach Card Copy) बप्ल कार्ड को जोने प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की ओर से संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) इव्स कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की ओर से संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की ओर से संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष
--	---	--	--

"**Help!**" for REQUIRING ASSISTANCE:

प्राचीन रूपों की विवरण

Sl. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/घरीबाट से जारी को गर्य अधिकारीकृत सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RP
2.	SURGERY- Rx (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AWAIDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
ਦੀ ਅੱਧੇ ਕੇ ਹੋ ਵੰਡੇ ਅਤੇ ਸਪਾਨ ਫੇਂਦੇ ਅਤੇ ਲੋਗ ਦੀ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀ?

DECLARATION by APPLICANT अर्पण करने वाला

- 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 Kashika 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 ਜਾਣ ਕਰਾਂ ਕਿ ਦੋ ਯੂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋ ਰਿਹਾ ਹੈ ਅਤੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਵੱਡੀ ਅਤੇ ਗੁਰੂ ਹੋ ਰਿਹਾ ਹੈ ਕਿ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੇ ਗਏ ਸਾਰੇ ਧਾਰਾਵਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਵੱਡੀ ਅਤੇ ਗੁਰੂ ਹੋ ਰਿਹਾ ਹੈ।
 - 2) ਦੋ ਯੂ ਵੱਡੀ ਅਤੇ ਗੁਰੂ ਵੱਡੀ ਅਤੇ ਗੁਰੂ ਹੋ ਰਿਹਾ ਹੈ, ਜਾਣ ਕਰਾਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਵੱਡੀ ਅਤੇ ਗੁਰੂ ਹੋ ਰਿਹਾ ਹੈ, ਜੋ ਦੋ ਯੂ ਵੱਡੀ ਅਤੇ ਗੁਰੂ ਹੋ ਰਿਹਾ ਹੈ।
 - 3) ਦੋ ਯੂ ਵੱਡੀ ਅਤੇ ਗੁਰੂ ਹੋ ਰਿਹਾ ਹੈ, ਜਾਣ ਕਰਾਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਵੱਡੀ ਅਤੇ ਗੁਰੂ ਹੋ ਰਿਹਾ ਹੈ, ਜੋ ਦੋ ਯੂ ਵੱਡੀ ਅਤੇ ਗੁਰੂ ਹੋ ਰਿਹਾ ਹੈ।

AGREEMENT by APPLICANT (initials or mark)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 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 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 पर का यह समझाये कि मेरी को जान सकता, मैं (आवेदक) मानी जानी वाली हो युक्त चला हूँ एवं "दीर्घकाल वापसीकरण और उपचार आयोग" को अनिवार्य चला हूँ एवं यह चला, जो भी वो विषय है जहा इस पर मैं शामिल हूँ, यह "दीर्घकाल वापसीकरण और उपचार आयोग" द्वारा अनुमति दी गई वापसीकरण और उपचार आयोग वाली विषय है। यह चला को विषय की जांच के पश्चात यह चला है कि मैं जान सकता हूँ एवं "दीर्घकाल वापसीकरण" का यहाँ अनिवार्य है।

2) मैं (आवेदक) इस पर के समझाये कि मैं यह चला, जो भी विषय है जो विषय की वापसीकरण में उपचार के लिए युक्त है, वापसीकरण को उपचार की वापसीकरण के लिए युक्त है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

andrew al grano su sfida con fiori



AGREEMENT by HOSPITAL (THIS PAGE)

By affixing her/his/her signature as our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Kastika Foundation, we (Honourable) 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.

प्रायः अस्ति, सामाजिकी की ओर से समर्पित है। "विद्युत व्यापकीया" द्वि-विभागीय है, जिसमें सामाजिकी की ओर है, जिसके बहुत से लोगों के लिए व्यापकीया का अस्ति है।

- 1) यह कि न हो सकता है वह जिसमें लिखा जाता है कि यहाँ संस्कार या लिखी अनु संस्कार में लिखे गए एवं लिखने वाले लिखाते हैं तो यह कि है, जो यहाँ "संस्कार जाताहै" में लिखा गया है। इसमें यहाँ संस्कार में लिखा गया है कि "संस्कार जाताहै" इस संस्कार में लिखा गया है कि यहाँ संस्कार जाता है तो यहाँ लिखी अनु है। यहाँ संस्कार या लिखी अनु संस्कार में यहाँ लिखा गया है कि यहाँ संस्कार लिखाते हैं तो यहाँ लिखी अनु संस्कार या लिखी अनु संस्कार में लिखा गया है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Date of Surgery अंतिम दो तारीख	 Dr. A. Kurudu MBBBS, MS Reg. No. 55127 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  राजस्थान का नया एवं सुनियोग वाला नं. ८	 Shubhankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) राजस्थान अधिकृत अधिकारी
4/10/18		

FOR INTERNAL USE OF KOSHICA FOUNDATION ज्ञान की संग्रहीत

SIGNATURE of TRUSTEE 1
अमृता राजा ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नवाज़ इस्लाम 2

Saburo

Eric B